

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY
MUŽŮ V KONTEXTU PREFEROVANÉ
ANTI-KONCEPČNÍ METODY

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF MEN IN THE
CONTEXT OF PREFERRED CONTRACEPTIVE METHOD



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Barbora Hatalová**

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Dagmar Halo**

Olomouc

2022

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce, Mgr. et Mgr. Dagmar Halo, za důkladné vedení a poskytnutí pomoci a podpory, kdykoliv bylo potřeba. Děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni zapojit se do výzkumu, jelikož bez nich by tato práce nemohla být zrealizována. Obrovské poděkování patří celé mé rodině za každodenní podporu, a přátelům, kteří při mně stáli za každé situace.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Osobnostní charakteristiky mužů v kontextu preferované antikoncepční metody“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	OSOBNOST	7
1.1	Struktura osobnosti.....	7
1.1.1	Psychoanalytické teorie osobnosti	8
1.1.2	Teorie rysů.....	9
1.2	Temperament.....	10
1.3	Charakter	12
1.4	Měření vlastností osobnosti.....	14
2	Gender	15
2.1	Genderová identita.....	15
2.2	Genderové stereotypy	16
2.3	Maskulinita.....	17
2.3.1	Hegemonní maskulinita.....	18
2.3.2	Toxická maskulinita	19
2.3.3	Misogynie.....	19
2.4	Feminita.....	20
2.5	Androgynie.....	22
3	Antikoncepční metody	24
3.1	Bezbariérové metody.....	25
3.2	Bariérové metody	28
3.3	Přirozené formy antikoncepce.....	29
4	Osobnostní charakteristiky mužů v kontextu preferované antikoncepční metody	31
	VÝZKUMNÁ ČÁST	34
5	Výzkumný problém, cíle a hypotézy	35
5.1	Výzkumný problém.....	35
5.2	Výzkumné cíle.....	36
5.3	Hypotézy výzkumu.....	36
6	Typ výzkumu a použité metody	37
6.1	Testové metody	37
6.1.1	NEO-FFI.....	37
6.1.2	Singapurský Androgynní Inventář	39
7	Sběr dat a výzkumný soubor	41
7.1	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	42

8	Práce s daty a její výsledky	43
	8.1 Osobnostní charakteristiky respondentů.....	43
	8.2 Genderové charakteristiky respondentů	45
	8.3 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	47
9	Diskuze	50
	9.1. Analýza výsledků	50
	9.2. Limity výzkumu a doporučení pro další výzkumy.....	52
10	Závěr	53
	Souhrn	54
	LITERATURA.....	57
	SEZNAM PŘÍLOH	65

ÚVOD

Nad zaměřením mé bakalářské práce jsem nemusela příliš dlouho přemýšlet, jelikož jsem byla rozhodnutá pro zkoumání problematiky mně blízké a donedávna aktuální. Antikoncepce – téma, o kterém se příliš nemluví, a tudíž jeho znalosti nebývají ve společnosti moc široké. Téma považované za primárně ženské, muži spíše tabuizované a nezajímavé.

O antikoncepčních metodách lze nalézt spoustu publikací zahrnujících jejich popis, princip fungování i žádoucí a nežádoucí účinky. Není překvapivé, že výzkumníky zaujala především problematika hormonálních antikoncepčních pilulek či obecně vliv estrogenu a progesteronu na ženské tělo. V okolí jsem se několikrát setkala s názorem, že ačkoliv si jsou ženy vědomy možných rizik spojených s užíváním pilulek, považují je za nejjednodušší způsob ochrany, který vyhovuje jak jim, tak jejich partnerům, tudíž nemají důvod vyhledávat jiné alternativy.

Právě to mě přimělo k rozhodnutí prozkoumat tuto oblast z pohledu mužské populace. Komunikují ženy se svým partnerem volbu antikoncepční metody? Pokud by byli muži více informovaní o nežádoucích účincích hormonálních pilulek, byl by jejich postoj k ochraně odlišný? A co když jejich přístup vůbec není ovlivněn partnerkou, nýbrž pochází z jejich osobnostních vlastností?

Teoretická část práce je rozdělena do tří hlavních kapitol – osobnost, gender a antikoncepční metody. V kapitole čtvrté jsou doplnkově uvedeny výzkumy, jejichž autoři se zabývali podobnými tématy. Tyto studie nám sloužily jako podklad pro stanovení výzkumných hypotéz.

V praktické části je popsán průběh dotazníkového šetření, v rámci kterého byla získána data ze Singapurského Androgynního Inventáře a inventáře NEO-FFI. Naše pozornost směřovala k nalezení souvislosti mezi těmito charakteristikami a preferovanou antikoncepční metodou. Následně se zabýváme analýzou a interpretací výsledků, možnými limity a doporučením pro další zkoumání této problematiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OSOBNOST

Osobnost, jakožto hlavní centrum zájmu psychologie osobnosti, definuje Cakirpaloglu (2012, s. 16) jako „*souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka.*“

V minulosti se psychologií osobnosti zabývalo mnoho autorů, a přestože se jejich definice mohou v něčem mírně lišit, podstata zůstává stejná. Osobnost si představují jako systém částí (motivy, emoce, mentální modely a „self“), které jsou organizovány, vyvíjeny a vyjadřovány v jednání člověka (Mayer, 2007).

Jako synonymum ke slovu osobnost bývá ve slovnících často uváděna identita, kterou Bačová (2003) zjednodušeně popisuje jako to, kým nebo čím člověk či společenství lidí je. Podle slovníků se tedy jedná o totožnost, stejnost osoby nebo věci v čase a ve všech okolnostech.

Stets a Serpe (2013) chápou identitu z obecného hlediska jako sdílený soubor významů definující jednotlivce jakožto členy specifických skupin a osoby mající specifické vlastnosti, jimiž se odlišují od ostatních, v konkrétních společenských rolích. Znamená to tedy, že lidé mohou nabývat různých identit.

Identitu se dá v psychologii zkoumat jakýmkoli metodikami zjišťujícími charakteristiky osob. Může se tak jednat o přímé získávání odpovědí či osobnostní dotazníky, dotazníky morálních přesvědčení a hodnot (Výrost, Slaměník & Sollárová, 2019).

1.1 Struktura osobnosti

Osobnost představuje složitý psychický jev, ve kterém lze rozlišovat systém funkčně propojených morfologických částí či prvků. Označení „struktura“ či „skladba“ poukazuje na její neměnnost, ačkoliv se v interakci s okolním světem neustále vyvíjí (Cakirpaloglu, 2012).

Existuje velké množství nejrůznějších modelů osobnosti, přičemž výklad skladby osobnosti i počet, název a organizace morfologických prvků bývá odlišný. Všeobecně známá Freudova a Jungova teorie klade důraz na nevědomí, naopak Eysenck či Cattell se zaměřovali na objektivně měřitelné dispozice (Cakirpaloglu, 2012).

Cakirpaloglu (2012) uvádí dvojí pojetí psychologických modelů skladby osobnosti – analytické a faktorové. Zatímco do první skupiny spadají hlubinné či psychoanalytické teorie osobnosti, druhou skupinu reprezentují rysové koncepce osobnosti.

1.1.1 Psychoanalytické teorie osobnosti

Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy a první objevitel teorie osobnosti, zastával myšlenku, že většina naší osobnosti je nevědomá. Tvrdil, že používáním obranných mechanismů před sebou ukryváme mnoho nepříjemných pravd o sobě samých (Ewen, 2010).

Ve své teorii hovoří o tzv. topografickém modelu, v němž popisuje tři složky tvořící osobnost – nevědomí, předvědomí a vědomí. Zatímco obsah našeho nevědomí nelze vyvolat ani při velkém úsilí, předvědomí je tvořeno informacemi, které se sice v daný moment v našem vědomí nevyskytují, ale mohou do něj vstoupit (Ewen, 2010). Výkonnou složku osobnosti představuje vědomí, které třídí významné informace a určuje jejich prioritu (Cakirpaloglu, 2012).

Freud došel k závěru, že vše, co je potlačováno, se nachází v nevědomí, ale nikoliv vše, co je v nevědomí, musí být potlačeno. Proto vynalezl nový model osobnosti – strukturální, zahrnující složky id, ego a superego (Ewen, 2010). Id, nejstarší a iracionální část osobnosti, obsahuje vrozené reflexy, pudy, vytěsněné emoční prožitky, ale též psychickou energii a libido. Ústřední a řídicí složku představuje ego, hledající vhodné řešení pro uspokojení pudových potřeb id, avšak bez porušení norem společnosti a morálních požadavků superega. Superego lze tudíž popsat jako morální složku osobnosti obsahující příkazy vnějších autorit, společenské normy a hodnoty (Cakirpaloglu, 2012).

Jung, zakladatel analytické psychologie, zastával všestranné pojetí osobnosti a názor, že osobnost je složena z dílčích systémů (já, osobní nevědomí a kolektivní nevědomí), orientací (extraverze a introverze), funkcí (racionální a iracionální) a archaických tendencí směřujících k osobnostní celistvosti, tzv. Jáství (Cakirpaloglu, 2012).

Introverzi a extroverzi vysvětloval jako psychologické způsoby adaptace. V prvním případě je zájem směřován do vnitřního světa, zatímco u druhého typu směřuje ven ke světu. Jedná se o protikladné póly, které se vzájemně vylučují i doplňují (Sharp, 1987).

Jung uvádí mimo jiné pojmy osobní a kolektivní nevědomí. Výraz „kolektivní“ zvolil z toho důvodu, že nenese individuální charakter, nýbrž všeobecný, a je tudíž u všech lidí stejný. Jedná se o zděděnou část lidské psychiky vyjadřovanou prostřednictvím archetypů,

univerzálních myšlenkových forem či obrazů, jež ovlivňují pocity a jednání jednotlivců. Osobní nevědomí naopak považoval za povrchovou vrstvu (Jung, 1997).

1.1.2 Teorie rysů

Teorie rysů bývá považována za jeden z hlavních přístupů ke studiu lidské osobnosti. Rysy (nebo též vlastnosti) jsou v tomto případě definovány jako navyklé vzorce chování, myšlení a emocí projevující se v celé řadě situací (Novikova, 2013). Za průkopníka je uváděn Gordon Allport, jež rysy nazýval „mentálními strukturami“ či „neuropsychickými dispozicemi“, a o nichž tvrdil, že v osobnosti reprezentují něco, co skutečně existuje (Nakonečný, 2009). Zároveň přispěl vymezením tří druhů dispozic – kardinální, centrální a sekundární. Věřil, že identitu každého člověka lze popsat pěti až deseti individuálními rysy a že členové kultury či národa sdílejí společné dispozice (Novikova, 2013).

Další vývoj teorie se pojí s Raymondem Cattellem, jež rozlišoval mezi rysy povrchovými a pramennými. V prvním případě se jedná o propojení pozorovatelných způsobů chování tvořících tzv. trsy (*clusters*) či syndromy. Druhá skupina zahrnuje činitele či psychologické příčiny trsů povrchových a zároveň je označuje pojmem, který popisuje, co mají společného. Pramenné rysy obvykle nejsou chápány jako obecné názvy, ale jako faktory, typy či osobnostní determinanty chování (Nakonečný, 2009).

Cattell později prostřednictvím faktorové analýzy vyvinul model šestnácti faktorů osobnosti, které spolu mohou navzájem souviset (Cattell & Mead, 2008). Od nich následně odvodil pět tzv. globálních faktorů poskytujících obecnější a jednodušší pohled na osobnost. Zařadil mezi ně extraverci, úzkostnost, strnulost, nezávislost a sebekontrolu (Novikova, 2013).

Na Cattella navázal neméně významný teoretik Hans Eysenck, autor hierarchického modelu osobnosti zahrnující tři faktory – extraverte/introverte, neuroticismus/stabilita a psychoticismus/socializace (Novikova, 2013).

Většina psychologů se shodla na tom, že Cattellova teorie je příliš komplikovaná a Eysenckova má naopak příliš omezený rozsah. V důsledku toho vznikla pětifaktorová teorie (tzv. Big Five) popisující základní rysy, které slouží jako stavební kameny osobnosti – extraverte, neuroticismus, svědomitost, přívětivost a otevřenost vůči zkušenostem (Cherry, 2021).

1.2 Temperament

V psychologii je žádoucí klást důraz na vzájemnost vztahů mezi biologickými a psychickými procesy a vlastnostmi. Proto je potřeba v souvislosti s osobností uvést její biologickou bázi, kterou představuje právě temperament (Cakirpaloglu, 2012). Temperament je úzce propojen nejenom s vlastnostmi a činnostmi nervové soustavy, jimiž se zabýval I. P. Pavlov, ale též s vlastnostmi neurohumorálního systému regulace činnosti a se způsobem, jímž probíhají jedincovy sociální interakce (Nakonečný, 2009).

Říčan (2010) definuje temperament především jako celkové citové ladění osobnosti, které zahrnuje i způsob (*modus*) citové a volní vzrušivosti, reaktivity a aktivity. Jelikož se jedná o psychické vlastnosti relativně trvalé, dané tělesnými vlastnostmi a konstitucí, předpokládá, že se temperament projeví již v dětství a zůstává stálý a neměnný. V průběhu socializace může nabýt pouze nepatrných změn ve smyslu sladění autentického projevu jedince s normou sociální žádoucnosti. Tento proces se nazývá částečná kultivace temperamentu, při níž však nedochází k ovlivňování dispozičního základu ani subjektivní roviny individuálního prožívání (Cakirpaloglu, 2012).

Pojem temperament byl poprvé použit Hippokratem, který tak označil dokonalou proporci mezi základními složkami organismu a psychiky (Cakirpaloglu, 2012). Tento starověký řecký lékař svými myšlenkami ovlivnil nejenom medicínu, ale vědu obecně. Proslavil se zejména svou teorií o tělesných šťávách (*humorech*). Přišel s myšlenkou existence čtyř základních šťáv podle čtyř základních prvků Vesmíru a čtyř vylučujících orgánů. Mezi humory zařadil žlutou a černou žluč, hlen a krev, a to na základě živlů (oheň, země, voda a vzduch) a orgánů (játra, slezina, mozek a srdce). Tyto čtyři tekutiny považoval za nesmírně důležité, jelikož jejich harmonická směs udržuje člověka ve zdravém stavu a jejich nedostatek či přebytek může vést ke spuštění patofyziologie onemocnění (Kalachanis & Michailidis, 2015).

Hippokrates dále vyslovil názor, že poměr tekutin v lidském těle do značné míry ovlivňuje temperament, což ho přimělo k vytvoření čtyř základních typů lidí s popisem jejich chování (Kalachanis & Michailidis, 2015). Sangvinik, projevující se jako společenský, roztržitý, neorganizovaný a veselý, má převažující tekutinu krev. U odvážného, agresivního, méně citlivého, avšak též energického cholera dominuje žluč. Převaha hlenu u flegmatika se vyznačuje klidnou, pohodovou, taktní a flexibilní povahou. Naopak melancholik s nadbytečnou černou žlučí bývá úzkostlivý, emocionální, kreativní, svědomitý a náladový (Helm, 1980).

Temperamentem se zabýval též Hans Eysenck, který došel pomocí faktorové analýzy dotazníků a posuzovacích škál k neméně významné temperamentové teorii, v rámci níž vytyčil tři základní dimenze – extraverzi/introverzi, neuroticismus (labilitu)/stabilitu a psychoticismus (Říčan, 2010).

Extraverzi a introverzi dříve zkoumal i Jung, jehož teorie se týkala pohybu psychické energie a způsobu, jakým se člověk orientuje ve světě. Na základě toho identifikoval osobnostní postoje – extraverzi a introverzi – a čtyři způsoby orientace – myšlení, vjem, intuici a cítění. Každý z uvedených způsobů může fungovat jak introvertně, tak extravertně (Sharp, 1987).

Za extraverta je považován člověk společenský, přátelský, všeobecně impulzivní, optimistický a veselý. Nemusí na něj být však takové spolehnutí jako na introverta, pro nějž je charakteristická rezervovanost, sklon k plánování, ale i nedůvěra až pesimismus. Člověk skórující vysoko v dimenzi neuroticismu bývá neklidný, úzkostný, starostlivý, mívá nízké sebevědomí a pocity méněcennosti. Na základě znalostí humorální teorie lze tedy považovat melancholika a cholera za typy labilní, zatímco sangvinika s flegmatikem stabilní. Cholera a sangvinik se zase shodují v dimenzi extraverte, jejíž protiklad reprezentuje melancholik a flegmatik (Říčan, 2010).

Neméně důležitý autor temperamentové teorie Ernst Kretschmer se proslavil zejména díky svému spojení temperamentu s tělesnými propozicemi. Ze svých pozorování došel k závěru, že existují tři hlavní typy postav – atletik, astenik a pyknik (Cakirpaloglu, 2012). Hovoří však i o typu čtvrtém, dysplastickém, který nezapadá do žádné z uvedených skupin, a to buď z důvodu kombinace pyknických a astenických rysů nebo kvůli tělesným abnormalitám. Toto rozdělení by mělo být podobné jak u mužů, tak u žen (Freeman, 1934).

Astenik, nesoucí v řečtině význam „bez síly“, bývá štíhlý, vysoký, s nízkou tělesnou hmotností. Pyknik, odpovídající termínu „tlustý“, je naopak postavy zaoblené, často se silným krkem a kratšími končetinami. Atletik je robustní, svalnatý, plný síly, s dobře vyvinutým hrudníkem a nese význam „uchazeč o cenu“ (Helm, 1980).

Kretschmer následně přidělil každému tělesnému typu příslušnou povahu. Astenické chování bývá nejčastěji spojováno s uzavřenou, schizoidní osobností, zatímco otevřeného a extrovertního pyknika označuje jako typ cyklotymní (Freeman, 1934). U viskózního atletika, jehož charakterizuje rozvážnost, méně zájmů a přizpůsobivost, a nevyhraněného dysplastika, byl mimo jiné zaznamenán častější výskyt epilepsie (Cakirpaloglu, 2012).

1.3 Charakter

Pojem charakter bývá často zaměňován za osobnost, ačkoliv jeden termín pochází z latiny a druhý z řečtiny. Řecké „*charaktíras*“ se do češtiny překládá jako rytina či vryp a „*persona*“ jako maska (Allport, 1961). V Oxfordském anglickém slovníku (OED) je charakter popsán jako součet morálních a psychických vlastností, které odlišují jednotlivce nebo určité skupiny osob (Kupperman, 1995).

Zatímco američtí psychologové preferují užívání pojmu osobnost, evropští, mající tendenci zdůrazňovat to, co je neměnné a vrozené v přirozenosti člověka, upřednostňují charakter. Allport (1961) tak definuje charakter jako osobnost s určováním její hodnoty a osobnost jako charakter bez určování její hodnoty. Nepovažuje jej za složku osobnosti, ale za zhodnocenou osobnost vcelku.

Pro identifikaci individuálních zvláštností jedince byly v psychologii konstruovány různé charakterologie, tedy pokusy o vytvoření teorie charakteru. O to se jako jeden z prvních snažil Theofrastos, žák Aristotela, jenž ve svém díle *Povahopisy* analyzoval různé typy charakterů (Nakonečný, 2009). Podle převahy určité osobnostní vlastnosti přiřadil každému typu jméno, například Pokrytec, Tlachal, Mluvka, Mrzout či Hamižník (Cakirpaloglu, 2012).

Charakterologii se dále věnoval Fromm, Reich, Klages či Freud, který zastával názor, že charakter je psychologickým zástupcem libida, pudové síly převážně sexuální povahy. Za klíčové období vývoje charakteru považoval prvních pět let života, kdy dítě získává sociální zkušenosti modelující typ jejich budoucího charakteru (Cakirpaloglu, 2012).

Vývoj osobnosti rozdělil do čtyř stádií – orální, anální, falické a genitální. Názvy odvodil na základě oblastí, která jsou pro dítě v daném období obzvláště citlivá na sexuální, erotickou stimulaci. Ve fázi orální představuje primární ohnisko libida ústní dutina. Dítě jejím prostřednictvím nejenom přijímá potravu, ale též prozkoumává různé předměty. Pokud tato potřeba není dítěti poskytnuta, nastává frustrace. Takový člověk se pak v budoucnu může jevit jako pesimistický, závistivý, podezřavý či sarkastický. Naopak dítě, jehož nutkání bylo uspokojeno vždy, je optimistické a plné obdivu k druhým lidem kolem sebe (Elkatawneh, 2013).

Dítě postupně vstupuje do fáze anální a zdrojem slasti se pro něj stává konečník a s ním spojené vylučování či zadržování stolice. To představuje klasický konflikt mezi id a egem se superegem, které reprezentují praktické a společenské tlaky na ovládání zmíněných tělesných funkcí (Elkatawneh, 2013). Rodiče jsou zvyklí dítěti nařizovat způsob, místo a dobu

vyprazdňování a v případě nedodržení jej může čekat trest. Dítě v této fázi si však začíná uvědomovat, že vše záleží pouze na něm a proto, pokud je úspěšné, narůstá jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty (Cakirpaloglu, 2012).

Prostřední a nejdůležitější je fáze falická, zaměřená na oblast genitálií. Zároveň se zde objevuje tzv. Oidipův komplex u chlapců či Elektřin komplex u dívek, zahrnující nevědomou touhu vlastnit rodiče opačného pohlaví a zbavit se rodiče pohlaví stejného. Chlapci jsou plní lásky ke své matce a staví se do opozice vůči otci, zároveň v sobě však chovají strach z odstranění vlastních genitálií (Benveniste, 2015). Netolerantní a autoritativní otec v dítěti vyvolává kastráční úzkost, díky níž se ho snaží napodobovat a identifikovat se s ním. V případě lhostejného a nečinného otce nedochází ke správnému osobnostnímu růstu chlapce a může dojít k tzv. komplexu matky (Cakirpaloglu, 2012).

Překonání falického stádia vede do období latence, které Freud považuje za období, ve kterém sexuální pud spí a dochází k potlačování sexuálních tužeb a erotogenních impulsů. Děti se v tomto období věnují asexuálním aktivitám, tedy škole, sportu nebo přátelství s osobami stejného pohlaví (Elkataawneh, 2013). S přicházející pubertou dítě vstupuje do konečné fáze genitální, v níž zájem opětovně směřuje ke genitáliím a k navozování heterosexuálních vztahů (Elkataawneh, 2013). Člověk, který úspěšně zvládl všechny fáze psychosexuálního vývoje a získal tak genitální charakter, je stabilní, spontánní, cílevědomý, zodpovědný a morálně vyvinutý (Cakirpaloglu, 2012).

Fromm rozlišoval mezi charakterem individuálním a sociálním. Zatímco vrozené faktory ovlivňující individuální charakter dělají člověka jedinečného a originálního, charakter sociální se mění na základě interakcí ve společnosti. V souvislosti s tím hovoří o asimilaci a zespolečnění, což jsou dva hlavní procesy, kterými se jedinec dostává do vztahu ke světu (Fromm, 1997).

Další dělení, které Fromm přinesl, se týká charakteru produktivního, vyznačujícího se potřebou lásky a tvořivosti k druhým lidem, a neproduktivního. Jedinec s druhým typem charakteru předpokládá, že vše, co potřebuje, musí získat od druhých. Toho může docílit chováním s receptivní, vykořisťovatelskou, shromažďovací, tržní či nekrofilní orientací (Cakirpaloglu, 2012).

Reich, zakladatel orgonové teorie, přispěl v psychologii charakterem genitálním a neurotickým. Jedinci s prvním typem reagují v dané situaci autenticky a přirozeně, avšak ti s charakterem neurotickým si vytváří tzv. mentální krunýře, kterými se brání před vnějšími

zásahy, což se pak projevuje v jejich úzkostlivosti. Zhoubný typ tohoto charakteru představuje biopatie, jež je neprospěšná jak pro člověka, tak pro společnost (Cakirpaloglu, 2012).

1.4 Měření vlastností osobnosti

Za nejčastěji používaný psychologický nástroj k měření osobnostních vlastností je považován Minnesotský multifázový inventář osobnosti (MMPI). Autory tohoto inventáře jsou Hathaway a McKinley, kteří chtěli poskytnout komplexnější obraz vlastností respondenta než dotazníky, jež dosud byly dostupné. Kvůli problematické formulaci některých položek a kulturního vývoje populace došlo k vytvoření revidované verze MMPI-2 (Čurdová & Pourová, 2019). MMPI primárně zkoumá výskyt a intenzitu hypochondrie, deprese, hysterie, psychopatie, maskulinity/feminity, paranoi, psychastenie, schizofrenie, hypománie a sociální introverze. Při opakovaném šetření může být též pozorována změna osobnosti pod vlivem nasazené léčby (Cakirpaloglu, 2012).

Svůj Šestnáctifaktorový dotazník (16PF) zdokonaloval Cattell od první verze téměř dvacet let, během nichž se změnil počet faktorů, vzrostl počet modifikací a došlo též k odvození variant pro nižší věková pásma. Jeden z šestnácti základních faktorů se netýká osobnosti, nýbrž inteligence, na což kladl veliký důraz (Svoboda, 2010).

Poměrně nový nástroj pro měření osobnostních vlastností představuje vícerozměrný dotazník Big Five, vycházející z faktorové analýzy lexika. Prostřednictvím obecných lexikálních hypotéz byly v USA, Německu a Holandsku zkoumány významy přídavných jmen používaných k popisu osobnosti. Na základě různých výzkumů této oblasti bylo konstruováno pět základních faktorů – otevřenost vůči zkušenosti/intelekt, svědomitost, extraverte, přívětivost, neuroticismus/emocionální stabilita (Svoboda, 2010).

Weisberg, DeYoung a Hirsh (2011) se ve svém výzkumu zabývali genderovými rozdíly v osobnostních rysech Big Five. Při opakování předchozích zjištění zaznamenali u žen vyšší skóre extraverte, přívětivosti a neuroticismu než u mužů. Genderové odlišnosti zkoumala též psycholožka Sandra Bem, autorka Inventáře sexuálních rolí (BSRI), zaměřeného na zjištění, do jaké míry se člověk odlišuje od charakteristik vhodných pro opačné pohlaví. BSRI předpokládá, že existují vlastnosti, které jsou v americké kultuře žádanější pro jedno pohlaví více než pro druhé, a zároveň si uvědomuje, že se lidé liší v míře, v níž tyto standardy dodržují (Guastello & Guastello, 2003).

2 GENDER

Termín gender se po dlouhou dobu užíval jako synonymum pro pohlaví. Dnes však již na základě provedených zjištění víme, že pohlaví se pojí především s anatomickou strukturou člověka, zatímco gender zahrnuje souvislosti psychologické, sociální a kulturní (Diamond, 2002). Paulík (2010, s. 437) dodává, že gender v sobě spojuje „*individuální stránku se svérázem utváření rodové identity a sociální stránku danou rolemi, normami i stereotypy*“.

Na základě primárních i sekundárních pohlavních znaků rozlišujeme u všech živých druhů dvě pohlaví – mužské a ženské. O jaký typ se bude jednat určují během prenatálního vývoje chromozomy X a Y. Identifikace člověka s určitým pohlavím je poté označována jako genderová identita. Očekávání vztahující se k danému pohlaví se nazývá genderová role (Paulík, 2010). Od identity je nutné rozlišovat genderové stereotypy, sdílené pohledy na osobnostní rysy často vázané na pohlaví, a genderové postoje, chápané jako názory druhých či situace asociované s pohlavím jednotlivce (Stets & Burke, 2000).

V souvislosti s genderem hovoříme o ženskosti/feminitě a mužskosti/maskulinitě. Uvádí se, že feminita zahrnuje vlastnosti jako např. soucit, čistota, emocionalita, krása, ale též pasivita či závislost. Maskulinita, reprezentující její protipól, se vymezuje potlačováním emocí, orientací na práci, dominancí, soutěživostí a vyšším společenským postavením (Janošová, 2008).

V dnešní době již chápeme, že ženskost a mužskost nejsou vrozené, nýbrž založené na sociálních a kulturních podmínkách. Napomohla tomu mimo jiné i antropoložka Margaret Mead, která se zabývala zejména problematikou rozdílů v temperamentu mužů a žen. Z její studie byl vyvozen závěr, že pozorované odlišnosti v temperamentu mezi pohlavími nejsou funkcí jejich biologických odlišností, ale spíše vyplynuly z rozdílů v socializaci a kulturních očekávání, jež platí pro každé pohlaví (Stets & Burke, 2000).

2.1 Genderová identita

Psychologové zkoumající genderovou identitu rozdělují lidský život podle jednotlivých stádií vývoje, přičemž jednu z hlavních složek tvoří právě vývoj genderové identity. Ačkoliv se u většiny jedinců biologické pohlaví, genderová kategorizace i genderová identita shodují, některá individua mohou prožívat identitu odlišnou od pohlaví, s nímž byli narozeni (Křížková,

2001). Osoba se tedy může označit za ženu, ale místo toho, aby se ztotožňovala se stereotypními ženskými způsoby chování, se na sebe dívá spíše mužským pohledem (Stets & Burke, 2000).

Ze sociologického hlediska zahrnuje genderová identita všechny významy, které jsou na ni aplikovány na základě genderové identifikace, a které jsou zdrojem motivace pro chování související s pohlavím. Očekává se tedy, že např. osoba s mužnější identitou by se měla chovat více „mužsky“ a přebírat dominantní, soutěživé a autonomní chování (Stets & Burke, 2000).

Genderová identita člověka není omezena na to, zda je daná bytost muž či žena. Pokud se člověk neidentifikuje s žádným pohlavím, bývá označován jako *agender*. Na druhé straně *polygender* či *pangender* se může ztotožňovat s více pohlavími (Zambon, 2020). Lidé, považující se za *gender-fluidní* mají takovou genderovou identitu, která se může v průběhu času i ze dne na den měnit. Jeden den se tak mohou cítit jako muž, jindy jako žena nebo ani jedno (WebMD Editorial Contributors, 2021).

V souvislosti s genderovou identitou je třeba uvést i skupinu osob, jejichž genderová identita se neshoduje s přiřazeným biologickým pohlavím, s nímž byli narozeni. Pro tyto jedince se používá termín *transgender*. K označení osob, které již podstoupili hormonální či chirurgický zákrok související se změnou svého těla, se využívá označení *transsexuál* (Green & Maurer, 2015).

2.2 Genderové stereotypy

Nelze popřít, že mezi mužským a ženským pohlavím existují v mnoha životních oblastech velké rozdíly. Otázkou však je, do jaké míry tyto odlišnosti odrážejí to, jací muži a ženy v zásadě jsou, a do jaké míry vyplývají z toho, jak si myslíme, že se od sebe odlišují na základě genderových stereotypů. Tyto stereotypy nám zároveň předepisují, jak by se muži a ženy měli chovat v různých situacích (Ellemers, 2018).

Stereotypní vnímání, že určitý rys charakterizuje příslušnost ke konkrétní skupině vede lidi k tomu, že kladou příliš velký důraz na rozdíly mezi skupinami a podceňují rozdíly uvnitř skupin. Oakes s kolegy (1994, in Ellemers, 2018) odhalili ve svém výzkumu mimo jiné to, že dopad takové sociální kategorizace, která přiřazuje určité rysy konkrétním skupinám, může být poměrně proměnlivý v závislosti na situaci a kontrastu s relevantními srovnávacími skupinami, které se zdají být významnější. Psychologové se tak například ve srovnání s fyziky mohou zdát kreativnější, avšak vedle umělců stojí na úrovni nižší (Ellemers, 2018).

Stereotypy podporují a udržují nerovnosti mezi pohlavími, ať už jsou nepřátelské či zdánlivě neškodné. Například tradiční pohled na ženy jako osoby poskytující dítěti péči lze chápat tak, že odpovědnost za tuto aktivitu často spadá výhradně na ně. Tyto nesprávně užití genderové stereotypy bývají častou příčinou diskriminace žen. Jedná se o jeden z faktorů přispívajících k porušování široké škály práv, mezi něž patří právo na zdraví, přiměřenou životní úroveň, vzdělání, manželství a rodinné vztahy, práci, svobodu projevu a pohybu, politickou účast, účinnou nápravu a osvobození od genderově podmíněného násilí (United Nations Human Rights, nedat.).

Genderové stereotypy odrážejí primární důležitost, kterou při hodnocení mužů přikládáme plnění úkolů a při posuzování žen sociálním vztahům. Mužská asertivita a výkonnost jsou považovány za ukazatele většího jednání, naopak ženská péče o druhé odkazuje na větší pospolitost. Zmíněné rozdíly lze nalézt ve způsobu chování a životních rozhodnutích, která pohlaví činí. Akční tendence a přehnaná sebedůvěra u mužů vedou k riskantnějším volbám (např. v sexuálním chování, užívání alkoholu a drog, hazardních hrách nebo řízení), kdežto ženy bývají v těchto oblastech spíše opatrnější (Ellemers, 2018).

2.3 Maskulinita

Každé dítě se po narození z velké části identifikuje s první osobou, která o něj pečuje – matkou, a to primárně nápodobou, vcítěním a přejímáním všeho, co s ní souvisí. Poněšický (2012, s. 64) vysvětluje, že se „*lidský plod, byť geneticky mužský, vyvíjí vždy k ženskosti, nezačnou-li na jeho vývoj působit mužské hormony několikaměsíčního plodu*“. Chlapci se postupně vzdávají všeho, co je s touto původní ženskou identifikací spojeno, a dochází tak k jejímu potlačení. Čím více se však něčemu brání, tím pravděpodobněji se to opět projeví, i když nejspíš v jiné podobě. Například navenek úspěšní muži se mohou v domácím prostředí projevovat citovou závislostí na své ženě. Mezi další způsoby, kterými muži zprostředkovávají své přání po splynutí s matkou, patří i drogy a alkohol, omámení sportovním úspěchem či tvorba hudebních a uměleckých děl (Poněšický, 2012).

Zkoumání různých forem maskulinit býválo v minulosti spíše vzácné. Až americká socioložka R. W. Connell (2005) začala v souvislosti s maskulinitou hovořit o čtyřech druzích (pozicích). Tento model předpokládá, že se vztahy mezi muži skládají z kategorií, kterými jsou hegemonie, podřízenost, spoluúčast a marginalizace. Hegemonní pozice je vnímána jako mužský ideál v konkrétní kultuře a konkrétní době. Většina mužů však spadá do kategorie druhé. Tito muži přijímají a účastní se systému hegemonní maskulinity, aby využívali

materiálních, fyzických a symbolických výhod a podřízenosti žen, a prostřednictvím fantazie si užívali pocit hegemonie.

Významy maskulinit se liší napříč kulturami, historií, mezi muži v rámci jedné kultury a v průběhu lidského života. Maskulinitu tedy nelze považovat za stálou, jedinečnou a univerzální esenci, nýbrž za měnící seskupení významů a chování. Kimmel (1997) připomíná, že všechny maskulinity nejsou stvořeny jako sobě rovné. Dodává, že nejvíce marginalizovaní či podřízení jsou muži tzv. „toxičtí“.

2.3.1 Hegemonní maskulinita

Pro Patricii Sexton (1969, in Carrigan, Connell & Lee, 1985) znamená „být mužský“ zejména držet se mužských hodnot a dodržovat normy mužského chování. Tyto normy zdůrazňují hodnoty jako jsou odvaha, určité formy agrese, autonomie, technologické dovednosti, skupinová solidarita, dobrodružství a značná míra houževnatosti v mysli i těle. Až relativně nedávno došlo k pokusům sociálních vědců o propojení této myšlenky s termínem hegemonie. Jedná se o stěžejní koncept politika a představitele marxistického hnutí Antonia Gramsciho, který pod tento pojem zahrnul způsoby, jimiž si vládnoucí třída vytváří a udržuje svou nadvládu, a to převážně prostřednictvím institucí, kultury či přesvědčováním (Demetriou, 2001).

Connell definovala hegemonní maskulinitu jako specifickou formu maskulinity v daném historickém a celospolečenském sociálním prostředí legitimizující nerovné genderové vztahy mezi muži a ženami, maskulinitou a feminitou, i mezi maskulinitami (Messerschmidt, 2019). Donaldson (1993) dále dodává, že je hegemonní maskulinita výlučná, vyvolávající úzkost, vnitřně a hierarchicky diferencovaná, brutální a násilná.

Hegemonní maskulinitu lze chápat dvěma způsoby – jako vnější, pojící se s již zmíněnou dominancí nad ženami, a vnitřní, označující sociální převahu jedné skupiny mužů nad ostatními. Nejčastěji se jedná o hegemonii heterosexuálů nad homosexuály, kteří jsou podřízeni nejen z hlediska sociálního postavení a prestiže, ale též řadou materiálních praktik zahrnujících politickou, kulturní, ekonomickou a právní diskriminaci (Demetriou, 2001). V souladu s tím se pravidelně ukazuje, že homofobie, násilí a misogynie představují integrální aspekty dominantního způsobu maskulinity (McCormack, 2011). Connell zastávala názor, že kde je síla, tam je také odpor, což v případě vnější hegemonie dokazuje např. vznik osvobozeného hnutí žen a v případě hegemonie vnitřní propuknutí hnutí za osvobození homosexuálů (Demetriou, 2001).

2.3.2 Toxická maskulinita

Pojem toxická maskulinita se obecně používá k označení volně propojených norem, přesvědčení a chování spojených s mužstvem, jež jsou pro společnost v širším měřítku škodlivá. Mezi základní projevy se řadí hyper-konkurenceschopnost, individualistická soběstačnost, oslavování násilí vůči všemu živému i neživému, šovinismus, sexismus, misogynie, rigidní koncepce genderové identity a rolí, heteronormativita či nárok na (sexuální) pozornost, objektivizaci a infantilizaci žen, tedy zacházení se ženami jako s nezralými, postrádajícími povědomí nebo svobodu jednání (Sculos, 2017).

Tento termín byl použit jako analytický koncept ke kritice přísného dodržování maskulinizovaných genderových norem s cílem je převrátit. Zároveň jej ale využívaly i skupiny *Mythopoetic Men's Movement* a *Promise Keepers* hlásající během 80. a 90. let návrat k apriorní věčné mužnosti (De Boise, 2019). Spoustu mužů k tomuto mytopoetickému hnutí přilákala kniha *Iron John* od Roberta Blyho nabízející řadu sociálních a psychoanalytických vhledů do důležitosti mužského osvobození se od závislosti na matkách a přijmutí vlastní autonomní mužnosti (Bonnett, 1996). Již před vydáním díla *Iron John* se však po celé zemi pořádaly workshopy a konference. Muži se o víkendech stahovali do lesů, kde bubnovali, zpívali, svazovali se či jinak objevovali svou vnitřní divokou část sebe sama, a pokoušeli se získat zpět svou hlubokou mužnost. Většinou se jednalo o jedince bílé pleti, střední třídy a věku, s heterosexuální orientací (Ferber, 2000).

Bly tvrdil, že muži prožívají krizi identity, jež byla způsobena zejména jejich nedostatečnými vztahy s otci. Do kontaktu se svou mužností se mohou dostat pouze s jinými muži, a to zejména prostřednictvím iniciačních obřadů, rituálů, příběhů a mýtů, z čehož pramení i název hnutí. Kipnis (1995, in Ferber, 2000) dodává, že se jedná o snahu nahradit násilné válečné metafory toxické maskulinity obrazem mužů, kteří tančí, tvoří hudbu, chrání přírodu a milují ženy (Ferber, 2000).

2.3.3 Misogynie

Misogynie bývá často prezentována jako obecná nenávist vůči ženám. Ve většině případech však zahrnuje nenávist pouze k těm ženám, které nejsou podřízené, disponují mocí či vysokým postavením, dokážou se postavit samy za sebe a svobodně se rozhodovat. Tzv. *misogynisté* zastávají přesvědčení, že by ženy měly být sexuálně dostupné na vyžádání a fungovat jako milující matky a manželky (Brogaard, 2015).

Kořeny misogynie sahají již do starověké řecké mytologie. Práví se, že muži dříve koexistovali jako společníci bohů, a to až do té doby, než jim Prometheus ukradl oheň. Jeho čin Dia natolik rozhněval, že se rozhodl potrestat celé lidstvo stvořením Pandory, první ženy, jež ve své krabici přinesla světu zlo a utrpení ve formě práce, nemocí, stárí a smrti (Srivastava et al., 2017).

Misogynie je stále k nalezení u tzv. primitivních obyvatel Nové Guineje, kteří věří, že jsou ženy horší než muži, že je znečišťují a jsou tělesnému i morálnímu zdraví nebezpečné, nebo u tzv. amazonských indiánů, vyskytujících se v deštných pralesích Jižní Ameriky. Ženy, podřízené mužům, ničivé a znečišťující, jsou v jejich pojetí vnímány jako ďáblov dílo (Gilmore, 2010).

Mezi neméně závažný projev misogynie se řadí sexuální obtěžování projevující sesexuální silou a degradací jedince, sexistickými komentáři či vtipy namířenými proti druhému pohlaví, sabotování až vyhrožování. Zmíněným problémem se zabýval Fitzgerald s kolegy (1995, in Berdahl & Raver, 2011), kteří jej zkoumali prostřednictvím Dotazníku sexuálních zkušeností. Na základě již dříve definovaných pěti dimenzí sexuálního chování identifikovali trojrozměrnou strukturu sexuálního obtěžování – genderové obtěžování (sexuální či sexistické příběhy a poznámky), nechtěná sexuální pozornost (sexuální styk, diskuse, pobídky a dotyky) a sexuální nátlak (hrozby, vyžadování sexuálního styku) (Berdahl & Raver, 2011).

2.4 Feminita

Zatímco od chlapců se očekává, že se v prvních dvou letech od své matky jakožto identifikačního vzoru odvrátí, dívky nepřerušeně přejímají nejenom matčinu ženskost, ale i mateřskost, která je s ní neodmyslitelně spojena (Poněšický, 2012).

V moderních západních kulturách se věří, že se typická žena liší od muže především větší rozmanitostí každodenního chování. Jedná se zejména o vyšší prožívání emocí včetně sympatií, soucitu a rodičovské lásky, disponují též ochraňujícím a ochranným chováním všeho druhu. Ve srovnání s mužem je sice bojácnější, avšak pohotovější v překonávání strachu, více nábožensky založená, zároveň však náchylnější k žárlivosti a podezřívavosti. Z hlediska sexuality bývá žena méně promiskuitní, spíše nesmělá, zdrženlivá a submisivní. Její morální život je formován více osobními vztahy než zásadami, a nepodléhá tak často kriminálnímu chování (Terman, 2013).

Feminitou a maskulinitou se ve 20. letech 20. století zabýval psycholog Terman, který zkoumal jejich rozdíly prostřednictvím M-F testu (*Masculinity-Femintity test*). Do testování zahrnul muže a ženy různých věkových kategorií s odlišným vzděláním, zaměstnáním, kulturními zájmy, původem i orientací. Testované položky odpovídající mužským charakteristikám byly porovnány s ženskými, aby došlo k přesnějšímu a smysluplnějšímu popisu charakteristických rozdílů mezi pohlavími (Terman, 2013).

Connell na základě tvrzení, že jsou všechny formy ženskosti ve společnosti konstruovány v kontextu celkové ženské podřízenosti mužům, tvrdila, že neexistuje žádná feminita, která by zastávala mezi ženami stejnou pozici jako hegemonní maskulinita mezi muži. Místo toho hovoří o tzv. zdůrazněné ženskosti, která spočívá v podřízenosti a přizpůsobování zájmů a tužeb mužům (Schippers, 2007). V momentě, kdy ženy začnou zdůrazněné feminitě vzdorovat, se muži stávají zranitelnějšími, a to především z toho důvodu, že často měří svou mužnost vůči souhlasu žen s tradiční ženskostí (Korobov, 2011).

Za změnu postavení žen ve společnosti bojuje sociální hnutí zvané feminismus. Za cíl si klade především odstranění společenských vztahů, jež jsou charakterizované nadřazenou úlohou mužů ve společnosti, rodině i hospodářství. Kritizuje tuto současnou zaběhlou praxi, která je považována za přirozenou a normální, a přejímá pro ni pojem patriarchát (Novák, 2001).

Cílem první vlny feminismu, jež proběhla na konci 19. století a počátku 20. století, bylo především otevřít ženám příležitosti se zaměřením na volební právo. V 60. letech 20. století započala vlna druhá, velmi úspěšná, při níž se více žen dostalo na vedoucí pozice ve vysokoškolském vzdělávání, obchodu a politiky. Ženy získaly právo na využití interrupce a antikoncepčních pilulek, taktéž se zvýšilo obecné povědomí veřejnosti o konceptu a potřebě práv žen, vznikly organizace a právní předpisy na ochranu týraných žen i skupiny podporující ženy jako např. NOW nebo AAUW, byly vydány knihy o ženách a feminismu a mnoho dalšího (Rampton, 2015).

Feministky třetí vlny, jež propukla v polovině 90. let, vystupovaly jako silné a všemocné a definovaly ženskou krásu jako subjekty, nikoli objekty sexistického patriarchátu. Rozdíly v etnickém původu, třídě či sexuální orientaci byly oslavovány a uznávány jako dynamické, situační a prozatímní. Čtvrtá vlna feminismu se již netýkala pouze bojů žen, ale jednalo se již o obecnou výzvu k rovnosti pohlaví. Ačkoliv se stále řešily myšlenky z druhého a třetího období, feminismus se stával součástí širšího vědomí útlaku spolu s rasismem, ageismem,

ableismem a sexuální orientací. Důraz byl kladen na začlenění, vyrovnání hierarchií a přijetí sexualizovaného lidského těla jako neohrožujícího (Rampton, 2015).

Ve společnosti lze nalézt jedince, kteří feminismus podporují, ale i ty, kteří jej kritizují. Podle Pease (2000) odsuzují muži feminismus zejména kvůli tomu, že považují vyloučení mužů z ženských skupin či organizací za diskriminační, že feminismus dle jejich názoru narušuje zásadní rozdíly mezi pohlavími, že mají ženy lepší postavení než muži a že je feminismus „protimužský“.

Na druhé straně existují i muži, tzv. „profeministi“, kteří svůj osobní život či politické činy zakládají na feministických principech. Toto označení lze považovat za ekvivalent k výrazu „antisexistický“ a mimo jiné směřuje k odstranění patriarchátu. V rámci feministického myšlení zahrnuje patriarchát jakékoli praktiky a systémy, které utlačují, kontrolují či ovládají ženy, a vytváří tak propletený systém nerovností (Goldrick-Jones, 2002).

Ve výzkumu, jež provedl Gaag (2014) pro svou knihu, uvedl jeden respondent myšlenku, že jsou muži vychováni k tomu, aby o sobě smýšleli jen určitým způsobem, což je může zraňovat. Pomáhá jim však, když je jim poskytováno více možností, kým mohou jakožto muži být.

Po celém světě se mnoho mužů připojuje k alianci nevládních organizací spolupracující na prosazování rovnosti žen a mužů – *MenEngage Network*. Věří, že mužství je definováno budováním vztahů založených na respektu a rovnosti, vystupováním proti násilí, silou požádat o pomoc, sdíleným rozhodováním a mocí i schopností respektovat rozmanitost a práva lidí kolem (Gaag, 2014).

2.5 Androgynie

Nejenom v psychologii, ale ve společnosti obecně, bývají maskulinita a feminita vnímány jako protiklady určující, že člověk může mít buď mužské nebo ženské vlastnosti, nikoliv však oboje (Bem, 1974).

Koncept androgynie, vycházející ze spojení slov *andra* (muž) a *gyn* (žena), lze vysledovat až do starověké řecké literatury a bývá definován jako stav, kdy u člověka nepřevažují čistě maskulinní či femininní rysy, nýbrž oba nastejno (Guastello & Guastello, 2003). Jinou možnou definici nabízí Osofsky a Osofsky (1972), kteří androgynii vysvětlují jako společnost bez rozdílů mezi pohlavními rolemi a mezi mužským a ženským stereotypním chováním.

Ve výzkumu Bem a Lewise (1975) se za použití BSRI prokázalo 34 % mužských a 27 % ženských účastníků jako androgynních. Dále vyšlo, že podíl mužů odpovídající mužskému či téměř mužskému pohlaví byl téměř totožný (55 %) s podílem účastnic odpovídající ženskému skóru (54 %). Pouze 11 % mužů bylo klasifikováno jako (téměř) ženské a 20 % žen jako (téměř) mužské. Později se přidala též kategorie „nediferencovaných“, a to pro jednotlivce s nízkým zastoupením jak mužnosti, tak ženskosti (Guastello & Guastello, 2003).

V souvislosti s androgynií se zkoumal též její vztah s psychickou pohodou. Výsledky ukázaly, že nejvyšší sebevědomí vykazují androgynní ženy a maskulinní muži, avšak v jiných studiích vyšlo vyšší sebevědomí u androgynních jedinců obecně, ať už se jedná o muže či ženy (Guastello & Guastello, 2003).

3 ANTIKONCEPČNÍ METODY

Mnoho výzkumů naznačuje, že jsou postoje k odpovědnosti za užívání antikoncepce u mladých lidí silně genderové. Brownova (2015) studie zahrnující rozhovory zaměřené na znalosti a názory na antikoncepci, sexuální výchovu a služby v oblasti sexuálního zdraví ukázala, že téměř všechny mladé ženy se domnívají, že muži považují zajištění antikoncepce za ženskou starost. Muži však naopak uváděli názor, že by odpovědnost měla být sdílena a klíčový problém souvisel primárně se stavem vztahu.

Jiná studie zase zjistila, že zatímco 73 % dospívajících dívek se domnívalo, že je antikoncepce společnou odpovědností, u chlapců tento názor sdílelo 46 %. 21 % chlapců, v porovnání s 5 % dívkami, navíc považovalo nezávazný pohlavní styk za přijatelný. Mladí muži nechávají rozhodnutí o použití kondomu často na své partnerce a pokud na tom netrvá, není bezpečný sex provozován (Hooke, Capewell & Whyte, 2000).

Další názor na antikoncepční ochrany poskytl Ekstrand s kolegy (2007), kteří zjistili, že švédští chlapci důvěřují dívkám v používání hormonální či nouzové antikoncepce, jelikož je považují v prevenci těhotenství za zodpovědnější.

Flood (2003) odhalil, že australští muži kladou větší důraz na riziko otěhotnění než na pohlavně přenosné choroby. Zároveň zastávají názor, že je povinností partnerky, aby se s tímto rizikem vypořádala, a to užíváním antikoncepčních pilulek. Kondomy považují za přítěž kazící spontánnost pohlavního styku. Podobnými postoji disponují i mladé skotské ženy, pro které je prevence pohlavně přenosných chorob sekundární k prevenci těhotenství (Williamson, Buston & Sweeting, 2009).

Ačkoliv lze písemné záznamy o antikoncepčních metodách a regulaci plodnosti nalézt již v *Ebersově papyru*, v latinských dílech Plinia staršího či v knihách *De Materia Medicina* od řeckého lékaře Dioscorida (Potts & Campbell, 2002), o moderní antikoncepci hovoříme až od roku 1921. V tomto roce si rakouský doktor Haberlandt povšiml, že výtažky březích zvířat disponují možností blokovat uvolnění zárodečných buněk z vaječníku a mohly by tak být použity jako antikoncepce. Aplikace takových výtažků by však vyšla velmi draho, a navíc by musely být podávány injekčně. Naději přinesl až chemik R. Marker, který z jisté mexické rostliny vynalezl umělou syntézu progesteronu. Z těžé suroviny později američtí vědci vytvořili *norethisteron*, dodnes hojně využívaný v gynekologii. V roce 1960 došlo ke schválení první

antikoncepční tabletky *Enavid-10*, která však z dnešního pohledu obsahuje příliš mnoho hormonů (Barták, 2006).

Antikoncepční ochrany lze rozdělit podle různých hledisek. Jednou z možností může být dělení na metody významné (nejvíce užívané), méně významné a bezvýznamné. Podle toho, kdo z partnerů danou metodu zajišťuje, rozlišujeme antikoncepci mužské a ženské. U ženských pak lze hovořit o typech hormonálních a nehormonálních (Barták, 2006). Colquitt & Martin (2017) uvádí ještě jiné rozdělení, a sice na bezbariérové a bariérové metody.

3.1 Bezbariérové metody

Několik typů antikoncepčních metod uplatňuje své účinky na úrovni hormonů produkovaných vaječníky, kterými jsou estrogen a progesteron. Mezi takové ochrany se řadí orální antikoncepční pilulky, dlouhodobě působící injekce, implantáty, topické náplasti, vaginální kroužky a nitroděložní tělíska. Hormonální antikoncepce se skládají ze syntetických forem estrogenů a/nebo progestinů v takové míře, že díky jejich působení dochází k potlačení ovulace (Colquitt & Martin, 2017).

Až do 60. let 20. století patřily nitroděložní tělíska a kondomy mezi jediné umělé metody kontroly plodnosti. V současnosti se však antikoncepční nabídka velmi rozšířila a vložení tělíska se tak stalo druhou nejrozšířenější metodou užívanou mezi ženami v reprodukčním věku (ESHRE Capri Workshop Group, 2008).

Hlavním účinkem nitroděložních tělísek je vyvolání lokální zánětlivé reakce v endometriu, jehož buněčné a humorální složky se uvolňují do děložní dutiny, a dochází tak k zahubení spermií (Ortiz, Croxatto & Bardin, 1996). U žen s touto formou antikoncepce bylo provedeno několik studií, aby se zjistilo, zda u nich může dojít ke vzniku zygoty. Ze 107 respondentek byl vzestup hormonu hCG, jež indikuje těhotenství, zachycen pouze u jedné (Čepický & Fanta, 2011). Roztočil (2011) uvádí Pearlův index 0,5, tudíž lze tuto metodu považovat za vysoce spolehlivou.

V rámci nitroděložních tělísek hovoří Čepický a Fanta (2011) o čtyřech typech – inertní, tělíska s mědí či jiným kovem (IUD), s progestiny (IUS) a tělíska netradiční. Inertní se používají zcela výjimečně a mohou nabývat různých tvarů i velikostí.

Koncem 60. let přišel J. Zipper s nápadem omotat tělísko měděným drátkem. Ačkoliv se nejčastěji můžeme setkat s tělísky ve tvaru písmene T, jinde ve světě lze nalézt i tělíska

kulatá. IUD bývají obvykle menší než inertní, některá mají dokonce jen jednu velikost. Kromě mědi existují též tělíska ze stříbra, zlata či slitiny mědi a zinku (Čepický & Fanta, 2011).

Tělíska obsahující progestiny představují kombinaci dvou antikoncepčních metod s dvojitým mechanismem účinku. Mají zachované všechny účinky inertního tělíska, a zároveň je lze považovat za zvláštní formu gestagenní antikoncepce. Tento druh ovlivňuje též funkci ovaria. Čepický a Fanta (2011, s. 57) popisují, že „*předovulační vrchol hladiny estradiolu sice není snížen, ale vzestup LH je menší, a i produkce progesteronu ve druhé polovině cyklu je nižší, což ukazuje luteální insuficienci*“.

Již zmíněná vysoká spolehlivost spolu s pohodlností a jednoduchostí užívání patří mezi největší výhody tělísek. V případě IUD s mědí lze navíc hovořit i o velice příznivé ceně, díky níž se jedná o nejlevnější alternativu mezi antikoncepcemi. Není však příliš vhodná pro mladé bezdětné ženy a dívky, ani pro ženy trpící silnějšími a delšími menstruacemi, u kterých by tělísko mohlo tento stav ještě zhoršit. Dále je potřeba zdůraznit, že nitroděložní tělíska nechrání před infekcemi (Uzel & Kovář, 2010).

Antikoncepční pilulky (OCP) jsou vždy založeny na hormonální bázi a obsahují buď progesteron, estrogen či jejich kombinaci. Progesteron slouží k ochraně před otěhotněním, zatímco estrogen kontroluje menstruační krvácení (Cooper & Mahdy, 2021). Udává se, že při správném a pravidelném užívání může ochrana před otěhotněním dosahovat až přes 99 % (Colquitt & Martin, 2017).

Kombinovaná hormonální antikoncepce funguje na principu blokády ovulace. K tomu, aby mohly vaječníky fungovat, je potřeba speciálního příkazu, který vysílá podvěsek mozkový (*hypofýza*). Ten však nepozná, zda potřebné hormony vytvořily vaječníky či byly podány skrz tabletky. Řídící centrum tak dostává falešnou zprávu a reaguje tím, že přestane vydávat řídicí hormony – gonadotropiny (Roztočil, 2011). Menstruace, ke které u uživatelék OCP dochází, se v odborné terminologii nazývá pseudomenstruace. Ta má mnohdy stejnou podobu jako menstruace přirozená, avšak její délka a intenzita bývá často snížena (Uzel & Kovář, 2010).

Ačkoliv se hormonální antikoncepční pilulky užívají převážně z důvodu zabránění před otěhotněním, lze je použít i k řešení zdravotních problémů souvisejících s menstruací, jakými mohou být např. menstruační bolesti, nepravidelnost, fibroidy, problémy spojené s endometriózou, migrény či akné (Cooper & Mahdy, 2021). Pilulky se často předepisují i k léčbě syndromu polycystických ovarí (PCOS), a to zejména k potlačení nadměrné produkce androgenů. Je dále prokázáno, že hormonální antikoncepce výrazně snižuje výskyt karcinomu

v endometriu, ovariu a tračnicku, pánevní zánětlivé nemoci (PID) i syndromu toxického šoku. Díky estrogeneru bylo zaznamenáno mimo jiné i snížení rizika rozvoje osteoporózy (Čepický & Fanta, 2011).

S užíváním OCP se však pojí též řada nežádoucích účinků a mohou způsobit různé zdravotní komplikace. Mezi nejčastější změny zdravotního stavu se řadí nárůst hmotnosti, bolesti a napětí v prsou, nevolnost a zvracení, kožní problémy (nejčastěji v podobě akné), snížení sexuálního libida, emoční labilita až deprese (Čepický & Fanta, 2011).

Na počátku 60. let. 20. století, krátce po zavedení OCP, se u žen užívajících tuto metodu antikoncepce objevily první kazuistiky popisující žilní trombózu a plicní embolii. Později bylo zjištěno, že s ní může souviset též infarkt myokardu a cévní mozková příhoda. Tato pozorování vedla k vývoji nových OCP s nižším obsahem estrogeneru, které byly považovány za bezpečnější, což však bylo v nedávných studiích zpochybněno (Vandenbroucke et al., 2001).

Na základě studie provedené Van Hylckama Vlieg s kolegy (2009) se u uživatelk OCP prokázalo vysoké riziko vzniku hluboké žilní trombózy nohy, plicní embolie, a taktéž dvojnásobné riziko hluboké žilní trombózy v paži, jež bylo nejvyšší během prvních tří měsíců užívání. Zároveň se zjistilo, že OCP obsahující *desogestrel* se pojí s dvojnásobně větším rizikem žilní trombózy ve srovnání s OCP obsahující *levonorgestrel*.

Mezi velmi časté problémy po vysazení OCP patří též sekundární amenorea neboli ztráta menstruace u žen, které již v minulosti menstruovali. Tento problém zkoumali mimo jiné Jacobs s kolegy (1977), kteří u 150 pacientek zjišťovali, zda sekundární amenorea souvisí s OCP či nikoliv. Amenorea nesouvisející s OCP se vyskytla u 79 žen, přičemž u 23 z nich se již v minulosti objevila, zatímco amenorea související s vysazením OCP se prokázala v 52 případech, z nichž dřívější zkušenost uvedlo 22 žen. Psychogynekoložka Máslová (in Víchová, 2015) naopak zastává názor, že antikoncepční pilulky mají na sekundární amenoreu velký vliv. Dodává, že svou roli hraje především věk, v němž byl přípravek nasazen, a délka jeho užívání. Státní ústav pro kontrolu léčiv (in Víchová, 2015, odst. 13) upozorňuje na to, že „*pokud žena začala užívat hormonální antikoncepci v situaci, kdy neměla pravidelný menstruační cyklus, je pravděpodobné, že po vysazení přípravku cyklus opět nebude pravidelný*“.

Nástup antikoncepčních pilulek je úzce spojen s rozsáhlými společenskými změnami 60. let zahrnující uvolnění sexuálních norem. Ačkoliv tato antikoncepční revoluce pomohla podstatně snížit výskyt nechtěných těhotenství, stále k nim dochází. V takovém případě veškerá zodpovědnost spadá na ženy, které jsou nuceny buď podstoupit potrat nebo dítě donosit, a to

mnohdy bez přítomnosti stabilního partnera. V souvislosti s touto nerovnoměrnou genderovou zátěží Fennell (2011) zjistil, že se muži do rozhodování o antikoncepční metodě příliš nezapojují a mnohdy jim konverzace na toto téma není příjemná.

3.2 Bariérové metody

Používání bariérových metod antikoncepce sahá až do starověku a řadí se tak k nejstarším technikám prevence těhotenství. Ačkoliv na se na počátku 20. století jednalo o jedinou možnost ochrany před početím, v dnešní době jejich užívání upadá. V národním průzkumu *National Survey of Family Growth* provedeným v roce 1995 se dokonce bariérové metody umístily až na posledním místě. Přesto jsou vzhledem k současné vysoké míře nezamýšleného těhotenství a pohlavně přenosných chorob mimořádně důležité (Gilliam & Derman, 2000).

Bariérové metody lze rozdělit na mužské a ženské na základě toho, kdo je používá. Zatímco mužská skupina má na výběr pouze z mužských kondomů (Čepický & Fanta, 2011), ženám jsou k dispozici fyzické bariéry jako je ženský kondom, diafragma, cervikální klobouček a vaginální hubka či chemické bariéry ve formě želé, pěny nebo tekutiny obsahující látky k zahubení spermií, tzv. spermicidy. Tyto formy antikoncepce jsou mimo jiné výhodné i v tom, že je lze používat přerušovaně a nemají systémové vedlejší účinky (Gilliam & Derman, 2000).

Diafragma neboli pesar je kalíšek z latexu či silikonu s pružným okrajem, který se umísťuje proti poševním stěnám, aby zcela zakrýval děložní hrdlo. Obvykle se používá se spermicidem, tudíž spermatu poskytuje jak fyzickou, tak i chemickou bariéru. Zavedená by měla zůstat nejméně po dobu šesti hodin, nikoliv však déle jak den. Za nevýhodu se považuje zvýšené riziko infekcí močových cest a neúplné vyprázdnění močového měchýře. Vážnější stav pak může představovat syndrom toxického šoku, který hrozí v případě, že je diafragma ponechána v pochvě déle jak 24 hodin (Colquitt & Martin, 2017). Za výhodu bývá uváděno snížení rizika přenosu infekcí, zejména viru HPV, a to zhruba na polovinu (Uzel & Kovář, 2010).

Cervikální klobouček či pesar je podstatně menší než diafragma, jelikož nekryje přední poševní stěnu. Svůj název nese podle toho, že se jako čepička nasazuje přímo na děložní čípek. Nejčastěji se vyskytuje v latexovém provedení či z umělých hmot, vzácně pak i z kovu (Uzel & Kovář, 2010). Tato ochrana může být aplikována až 42 hodin před pohlavím stykem, po kterém by měla zůstat zavedená ještě nejméně 6 hodin, aby se zajistilo, že došlo k zániku spermií (Colquitt & Martin, 2017).

Jedinou dostupnou metodu prevence přenosu sexuálně přenosných chorob a zároveň nezamýšleného těhotenství iniciovanou ženami představuje ženský kondom. Často je považován za nástroj posilující postavení žen (Moore et al., 2015). Jedná se o ochranu válcovitého tvaru z latexového materiálu tvořenou dvěma pružnými kroužky. Jeden se nachází na uzavřeném konci kondomu a slouží ke snadnějšímu zavádění. Druhý širší kroužek zůstává vně pochvy a pomáhá tak krýt zevní rodidla v průběhu pohlavního styku. Zaveden může být buď bezprostředně před souloží nebo již s osmihodinovým předstihem (Uzel & Kovář, 2010). Za nevýhodu lze považovat nepříjemné pocity spojené s cítěním vnějšího prstence během pohlavního styku. Potíže může někdy způsobit i samotné zavádění (Colquitt & Martin, 2017).

Mužské latexové kondomy, jsou-li používány správně a důsledně, snižují podle výsledků laboratorních a klinických studií riziko otěhotnění a přenosu pohlavních chorob včetně HIV (Warner & Stone, 2007). V případě mužských kondomů však lze očekávat, že jejich používání nebude vždy zcela striktní, tudíž může nabývat většího rizika selhání. Čepický a Fanta (2011) proto uvádí Pearlův index v rozmezí 4 až 14.

Warner a Stone (2007) hovoří na základě národního průzkumu mezi mladistvými a dospělými o tom, že se v reakci na epidemii HIV používání kondomů stále zvyšuje. To potvrzuje i Národní průzkum růstu rodiny (NSFG) z roku 2002, kdy se k používání kondomů přihlásilo více než 13 milionů žen v reprodukčním věku, tedy o 4 miliony více než v roce 1995.

Fennell (2011) ve své studii došel ke zjištění, že většina dlouhodobých párů spoléhá na kondomy mnohdy jen prvních pár týdnů či měsíců a poté přechází na pilulky, případně jiné hormonální antikoncepční metody. Dodává, že ačkoliv se někteří muži snaží o antikoncepčních metodách s partnerkou diskutovat, dávají přednost pohodlnosti a odpovědnost ponechávají na ženách.

3.3 Přírozené formy antikoncepce

Přírozené metody antikoncepce nezahrnují žádnou vnější chemikálii či implementaci zařízení, nýbrž spoléhají výhradně na pozorování ženského těla a jejího menstruačního cyklu. Tento druh prevence otěhotnění spočívá ve zdržení či omezení pohlavního styku v době, kdy je riziko oplodnění nejvyšší (Stöppler, 2020). Čepický a Fanta (2011) zahrnují mezi tyto přírozené formy kojení, periodickou abstinenci, přerušovanou soulož a příbuzné techniky a samotnou abstinenci sexuálních aktivit.

Metoda kojení využívá laktační amenorrey, tedy absence menstruace způsobené kojením, při níž ovulace probíhá buď velmi nepravidelně nebo vůbec. To ovlivňuje zejména způsob, jakým se žena rozhodně kojí, přičemž je potřeba, aby tuto činnost prováděla pravidelně každé čtyři hodiny a aby v noci interval nepřekročil šest hodin. Na základě výzkumů bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že žena v období až šesti měsíců po porodu otěhotní, je asi 1 % (Kass-Annese & Danzer, 2003).

Metoda periodické abstinence funguje na principu počítání plodných a neplodných dnů. Spolu s kojením se jedná o jedinou ochranu schválenou katolickou církví (Čepický & Fanta, 2011). Ačkoliv je vajíčko životaschopné pouze 12 až 24 hodin, spermie mohou přežít až tři dny, proto může pohlavní styk v okolí ovulace stále vést k těhotenství. Mezi nejčastější způsoby, kterými lze určit, zda je již ovulace dokončena, patří metoda kalendářová, teplotní, hlenová či symptotermální (Zorea, 2012). Symptotermální metoda využívá speciálních teploměrů pro měření bazální teploty spolu s každodenním monitorováním cervikálního hlenu. Ačkoliv technologie poskytují poměrně přesné určení plodných dnů, stále předpokládá zdržení se pohlavního styku v rizikovém období. Při přesném dodržování je pak tato metoda považována za stejně či více úspěšnou než v případě umělé antikoncepce (Kass-Annese & Danzer, 2003).

Přerušovaná soulož či *coitus interruptus* funguje na jednoduchém principu, který spočívá v ukončení pohlavního styku před mužskou ejakulací, jež se uskuteční mimo rodidla ženy. Tato metoda disponuje několika výhodami, jelikož se dá provozovat zadarmo, dodává muži pocit mistrovství a zbavuje ženu odpovědnosti za antikoncepci. Je však zřejmé, že tento postup vyžaduje velkou dávku sebekontroly. Spousta autorů navíc zmiňuje možnost selhání v důsledku přítomnosti spermií obsažených v preejakulačních tekutinách (Free & Alexander, 1976).

4 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY MUŽŮ V KONTEXTU PREFEROVANÉ ANTI-KONCEPČNÍ METODY

Poslední kapitola této bakalářské práce bude věnována dříve provedeným výzkumům se zaměřením na podobnou problematiku. Ačkoliv se přístup mužů k antikoncepčním metodám v minulosti zkoumal již několikrát, hledání souvislosti mezi mužskými osobnostními charakteristikami a formami ochrany lze považovat za téma relativně neprobádané.

Kurpisz a kolegové (2016) provedli studii, v níž hledali souvislost mezi charakteristikami Big Five, úrovní feminity a maskulinity a erektilními funkcemi, vztahem s partnerem či sexuálními poruchami. Již dříve bylo odhaleno spojení neuroticismu s vyšším sexuálním vzrušením, sexuální zvědavostí, ale i vinou, úzkostí, depresí, sebekontrolou, nižší sexuální úctou, asertivitou, spokojeností, vyšší šancí na nevěru ve vztahu a rozpadem manželství. Ve výsledcích studie byla prokázána mírná korelace neuroticismu s celkovou sexuální spokojeností. Zjistili, že muži s vyšším skóre na škále neuroticismu byli o něco méně spokojeni se svým tělem, i obecně sami se sebou. Na základě těchto výsledků lze říct, že se neuroticismus do jisté míry pojí s problémem sebezpřijetí.

Prokázal se též vztah mezi neuroticismem a zvýšeným používáním kondomů a praktikováním přerušované soulože. Muži s většími sklony k úzkostem se pravděpodobně více bojí nechtěného těhotenství i pohlavně přenosných infekcí. Preference přerušované soulože však Kurpisze s kolegy (2016) značně znepokojila a dodali, že je třeba tyto jedince více informovat o účinnějších antikoncepčních metodách.

Na druhé straně, praktikování nechráněného pohlavního styku a vysoké míry neuroticismu potvrdil též McCown (1991). Není však jasné, jak přesně neuroticismus vede k rizikovému sexuálnímu chování. Jednou z možností může být, že tito jedinci vyhledávají promiskuitní sexualitu jako prostředek k vyrovnání se s většími emocionálními potížemi (Cooper, Agocha, & Sheldon, 2000).

Za nejsilnější osobnostní korelát rizikového sexuálního chování je považován rys *sensation-seeking*, jež je definován potřebou vyhledávat nové a intenzivní zážitky. Ten je v rámci Big Five nejvíce spojený s nízkou svědomitostí (Zuckerman, 1993). Kromě svého

častého úspěchu mezi partnery provozují tito jedinci nechráněný pohlavní styk a nebývají příliš konzistentní v používání mužských kondomů (Franzini & Sideman, 1994).

Miller a kolegové (2004) zkoumali ve své longitudinální studii vztah mezi pětifaktorovým modelem osobnosti a řadou rizikového sexuálního chování zahrnující např. počet pohlavních styků bez použití kondomu, užívání drog a alkoholu před nebo během aktu či ranou sexuální iniciací. Předpokládali, že jedinci s vysokou otevřeností budou náchylnější k sexuálnímu experimentování a nechráněnému styku. Jejich výzkum však prokázal pravý opak.

Ve studii, jež provedli Grady a kolegové (1993), byl odhalen mužský názor považující uživatele kondomů za starostlivé a pečující. Tento postoj však zastávali zejména mladší muži, s nižším vzděláním a tmavší barvou pleti. Shodovali se zároveň i v tom, že používání kondomů může přimět druhého partnera domnívat se, že mohou mít AIDS.

Výzkum Plecka, Sonensteina a Ku (1993) zaměřený na tradiční maskulinitu prokázal její souvislost s nižším a méně konzistentním používáním kondomů. Muži navíc popírali odpovědnost za prevenci těhotenství a zastávali přesvědčení, že otěhotnění partnerky potvrzuje jejich vlastní mužnost.

Merkh a kolegové (2009) se zabývali mužskými znalostmi o hormonální antikoncepci, jejich postoji a míru diskotování s partnerkou o jejím užívání. Ačkoliv většina mužů výslovně nevedla, že považují zajištění antikoncepce za ženskou záležitost, jejich chování tomuto přesvědčení nasvědčovalo. I přes jejich obavy z nekonzistentního či nesprávného užívání u nich nebyla zaznamenána téměř žádná podpora v souvislosti s touto metodou. Zároveň uváděli, že odpovědnost za zajištění správného užívání by vždy měla nést žena. Negativní postoj k hormonální antikoncepci byl objeven u mužů, jejichž partnerky někdy registrovaly nežádoucí vedlejší účinky s dopadem na jejich emocionální a sexuální aspekty vztahu.

Fennell (2011) provedl na 30 mužích a 30 ženách výzkum zaměřený na sexuální potěšení a užívání antikoncepce. Obavy ze ztráty fyzického potěšení, jež se nejčastěji týkaly kondomů, představovaly hlavní důvod jejich nepoužívání či preference jiné metody. Nikdo z respondentů nevedl, že by měl kondomy přímo rád, pouze pár lidí sdělilo, že by jim užívání této ochrany nevadilo. Nejenom muži, ale i ženy, si často stěžovali na jejich zápach a ztrátu citlivosti. Tyto důvody vedly často páry k používání hormonální či přirozené metody, přičemž největší preferenci získala přerušovaná soulož. Téměř všichni muži dodali, že pokud jejich

partnerky neregistrují žádné vedlejší efekty, dávají před kondomy přednost hormonálním metodám.

Informovaností mužů o možnostech antikoncepce se věnovala například Ederová (2015) ve své bakalářské práci. Za pozitivní zjištění lze považovat to, že téměř 75 % mužů prokázalo svou dostatečnou informovanost o antikoncepčních metodách. O to více je ale šokující, že i přes tyto vědomosti vyjádřilo souhlas s užíváním ženské hormonální antikoncepce až 68 % respondentů. V souvislosti se znalostmi nežádoucích účinků autorka dodává, že „*muži vypisovali jen ty možnosti, které se týkaly jejich osoby a jejich sexuálního života*“ (Ederová, 2015, s. 58).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A HYPOTÉZY

5.1 Výzkumný problém

V teoretické části práce byl poskytnut náhled do velkých témat jako je osobnost, gender a antikoncepční metody. Hlavní výzkumný problém práce spočívá v nalezení souvislosti mezi osobnostními a genderovými charakteristikami mužů a jejich preferovanou antikoncepční metodou. Výzkumnou otázku pak lze formulovat následovně: „*Existuje souvislost mezi osobnostními charakteristikami mužů a jimi preferovanou antikoncepční metodou?*“

Na základě dříve provedených výzkumů byly zjištěny nejednoznačné výsledky v souvislosti s mírou neuroticismu inventáře NEO a užíváním mužských kondomů. K určité shodě však došlo mezi jedinci s vyšším neuroticismem a praktikováním nechráněného pohlavního styku (Kurpisz et al., 2016; McCown, 1991). Předpokládáme tedy, že budou tito muži při sexuálním styku spoléhat zejména na účinnost metody *coitus interruptus*.

Druhá výzkumná hypotéza vychází ze studie Millera a kolegů (2004), v níž byla prokázána souvislost mezi vysokou otevřeností vůči zkušenostem a užíváním mužských kondomů. Autoři původně předpokládali, že tito jedinci budou mužské bariérové ochrany odmítat a preferovat spíše nechráněný pohlavní styk, prokázal se však opak. Zajímá nás, zda stejné výsledky zjistíme též v české populaci v rámci našeho výzkumného souboru.

Jiné studie odhalily souvislost mezi nízkou svědomitostí a odmítáním mužských kondomů (Franzini & Sideman, 1994; Zuckerman, 1993). Toto zjištění nás přimělo k předpokladu, že naopak vyšší skóre zmíněného rysu bude korelovat s častějším užíváním této ochrany. Domníváme se, že takoví muži budou zároveň více informováni o žádoucích i nežádoucích účincích antikoncepčních metod a ochotnější konzultovat se svou partnerkou volbu antikoncepční metody.

Ve výzkumu jsme měřili též míru feminity a maskulinity. Pozornost dřívějších badatelů směřovala zejména k tzv. tradiční maskulinitě a její souvislosti s odmítáním mužských kondomů (Pleck, Sonenstein & Ku, 1993). U tohoto typu maskulinity bývá potlačena femininní stránka člověka a projevování emocí. Díky tomu mohou takoví muži působit na druhé více sebevědomě, tvrdě až násilně. Mimo jiné kladou důležitost na svou heterosexuálnost a ostatní

sexuální orientace často zavrhuje (Thompson, Pleck & Ferrera, 1992). Domníváme se tedy, že jedinci s vyšší maskulinitou budou preferovat takovou metodu, která je jim nejpříjemnější a nejpohodlnější, a to bez ohledu na možné negativní dopady na zdraví partnerky – hormonální antikoncepční pilulky.

5.2 Výzkumné cíle

Výše zmíněné teoretické a výzkumné poznatky nás přiměly ke zformulování následujících výzkumných cílů:

- nalézt souvislost mezi osobnostními charakteristikami mužů získanými dotazníkem NEO-FFI a preferovanou antikoncepční metodou
- nalézt souvislost mezi genderovými charakteristikami mužů získanými dotazníkem SAI a preferovanou antikoncepční metodou

5.3 Hypotézy výzkumu

Na základě výzkumných hypotéz byly stanoveny následující statistické hypotézy:

- **H1:** Existuje pozitivní korelace mezi dimenzí Neuroticismus a preferencí *coitus interruptus*.
- **H2:** Existuje pozitivní korelace mezi dimenzí Otevřenost vůči zkušenostem a preferencí mužských kondomů.
- **H3:** Existuje pozitivní korelace mezi dimenzí Svědomitost a preferencí mužských kondomů.
- **H4:** Existuje pozitivní korelace mezi Maskulinní dimenzí a preferencí hormonálních antikoncepčních pilulek.
- **H5:** Existuje negativní korelace mezi Maskulinní dimenzí a preferencí mužských kondomů.

6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

K ověření stanovených výzkumných hypotéz byl použit kvantitativní metodologický design. Tento typ výzkumu zahrnuje dle Ferjenčíka (2000) reduktivní zkoumání a je tudíž nutné si uvědomit neschopnost zachycení všech aspektů a podob daného objektu. Pozornost výzkumníka je tak zaměřena pouze na některé z nich, a ty jsou následně podrobeny pečlivé studii, ačkoliv často může chybět kontext.

Pro sběr dat jsme v rámci výzkumné studie zvolili dotazníkové šetření. I přes velkou výhodu v podobě úspory času s sebou dotazník nese též mnoho nevýhod. Problém může představovat nemožnost kladení doplňujících otázek, nesrozumitelnost některých položek či nižší věrohodnost dat (Ferjenčík, 2000).

Kromě vlastního sestaveného dotazníku byl respondentům předložen též Singapurský Androgynní Inventář pro měření míry maskulinity, feminity a androgynie, a osobnostní inventář NEO-FFI.

6.1 Testové metody

První dotazník, který respondenti zapojení do výzkumu vyplnili, byl zaměřený na zjištění sociodemografických údajů a jejich přístupu k antikoncepčním metodám. Jelikož se jedná o studii zkoumající pouze muže, byla zde zahrnuta i otázka na pohlaví, aby mohly být případné ženské odpovědi z výzkumu vyřazeny. Každý respondent zároveň uvedl svůj osobní kód složený z prvních tří písmen příjmení jejich matky za svobodna a prvních tří číslic telefonního čísla. Tento kód nám později posloužil k označení dat pro lepší orientaci v nich.

Zmíněný dotazník dále obsahoval otázky zaměřené na věk, zda se respondenti nachází v partnerském vztahu či nikoliv, případnou délku vztahu, preferovanou a používanou antikoncepční metodu a posouzení informovanosti o antikoncepčních metodách.

6.1.1 NEO-FFI

Ačkoliv snahy o charakterologie člověka sahají již do antiky, poměrně velkou oblastí zájmu se staly až ve 20. století. Badatelé se začali zaměřovat na tzv. lexikální hypotézy vycházející z předpokladu, že se nejdůležitější rozdíly, které z lidí dělají individuální bytosti,

nachází v jazyce. Princip spočívá v primárním výběru slov pro deskripci osobnosti, následné redukci a uspořádání prostřednictvím faktorové analýzy vlastností. Právě tímto způsobem bylo odvozeno pět základních faktorů lidské osobnosti – tzv. Big Five (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

Za sestavením Velké pětky stojí původně zejména Cattell, jež identifikoval faktory pojmenované jako Neuroticismus, Extraverze a Otevřenost vůči zkušenostem (tzv. NEO). Tento počáteční model byl postupně rozvíjen, a až analýza Costy a McCrae dala po přidání Goldbergovy škály vznik modelu, jak ho známe dnes, zahrnující kromě faktorů NEO též Svědomitost a Přívětivost (Hřebíčková & Urbánek, 2001). V roce 1985 vznikl nejprve tzv. NEO-PI (*NEO Personality Inventory*), o sedm let později NEO-PI-R (*Revised NEO Personality Inventory*) a NEO-FFI (*NEO Five-Factor Inventory*) (Svoboda, 2010).

Přestože se NEO inventáře používají po celém světě především pro základní výzkumy struktur a vývoje osobnosti, své využití mohou nalézt i v klinické, poradenské či psychiatrické praxi k pochopení silných a slabých stránek klienta, pro pomoc při diagnostice, identifikaci problémů v životě, předvídaní průběhu terapie či volbě optimální formy léčby (Costa & McCrae, 2008).

NEO-FFI zahrnuje 60 položek složených z výroků a podle toho, do jaké míry se s nimi respondenti ztotožňují, volí svou odpověď na pětistupňové škále (0 – vůbec nevystihuje, 1 – spíše nevystihuje, 2 – neutrální, 3 – spíše vystihuje, 4 – úplně vystihuje). Test neobsahuje správné či nesprávné odpovědi, jeho záměrem je odhalit míru některého z výše zmíněných rysů osobnosti (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

Hřebíčková a Urbánek (2001) zjistili na výzkumném souboru o rozsahu 1 108 respondentů uspokojivou vnitřní konzistenci škál. Nejvyšší hodnoty Cronbachova koeficientu α vykazovala dimenze Svědomitost (0,80) a nejnižší Otevřenost vůči zkušenostem (0,67). Výsledky našeho výzkumu se však pohybovaly v číslech značně nižších, kdy naopak zmíněná Svědomitost dosahovala hodnot nejnižších (0,34) a Otevřenost vůči zkušenostem 0,35. Pokud by hodnoty klesly pod hranici 0,30, pak by se vnitřní konzistence předpokládat nedala.

Tabulka 1: Vnitřní konzistence škál inventáře NEO-FFI podle Cronbachova koeficientu α

Název škály	Cronbachova α	Cronbachova α^*
Neuroticismus	0,44	0,81
Extraverze	0,41	0,81
Otevřenost vůči zkušenostem	0,35	0,67
Přívětivost	0,41	0,72
Svědomitost	0,34	0,80

Pozn.: α^* = hodnoty Cronbachova koeficientu α podle autorů inventáře

6.1.2 Singapurský Androgynní Inventář

Singapurský Androgynní Inventář (SAI) vynalezl Ward (2000) jako modifikaci *Bem's Sex Role Inventory* (BSRI). Na počátku 70. let zpochybnila Sandra Bem stávající názory na povahu maskulinity-feminity a jejich důsledky pro genderovou identitu a socializaci genderových rolí. Ačkoliv povaha maskulinity, feminity a sociální žádoucnosti zůstává ve Spojených státech otevřená k diskusi, rozšíření androgynie do kulturně rozmanitějších prostředí může dle Warda (2000) prohloubit zkoumání těchto faktorů.

SAI obsahuje tři 15položkové subškály – maskulinní (M), femininní (F) a neutrální (N). Účastníci hodnotí na sedmibodové škále (1 – nikdy/téměř nikdy pravdivé, 7 – vždy/téměř vždy pravdivé), do jaké míry si myslí, že je každá položka popisuje. Pořadí položek bylo uspořádáno náhodně, přičemž vlastnosti ze subškály N fungují pouze jako výplň (Ward, 2000).

Jelikož pro tento inventář neexistuje česká verze, bylo potřeba jej přeložit. Na tom se podílel náš výzkumný tým, se kterým jsme dali vznik jednomu souboru tvořenému položkami, u nichž se náš překlad shodoval, nebo se nám zdály originálnímu znění nejbližší. Již přeložené položky inventáře SAI, které byly respondentům předloženy k vyplnění, jsou uvedeny v Tabulce 2.

Tabulka 2: Položky Singapurského Androgynního Inventáře

Femininní	Maskulinní	Neutrální
1. Nepoužívám sprostá slova	2. Aktivní	3. Vstřícný
4. Rodinně založený	5. Dobrodružný	6. Nesobecký/altruistický
7. Snažím se utěšovat bolestivé pocity druhých	8. Průbojný	9. Charismatický
10. Snadno vyjadřuji citlivé emoce	11. Chytrý	12. Rozvážný
13. Ženský/femininní	14. Odvážný	15. Lehkomyšlný
16. Laskavý	17. Odhodlaný	18. Etický/mravní
19. Působivý	20. Energický	21. Flexibilní
22. Nevinný	23. Podnikavý	24. Velkorysý
25. Milý	26. Silný	27. Lidský
28. Milující	29. Nezávislý	30. Intuitivní
31. Hodný	32. Inteligentní	33. Bezstarostný
34. Příjemný	35. Mužský/maskulinní	36. Klidný/vyrovnaný
37. Citlivý	38. Mocný	39. Sebeobětavý
40. Hovořící jemným hlasem	41. Sebevědomý	42. Pozorný
43. Něžný	44. Ochotný riskovat	45. Pravdomluvný

Pozn.: Položky č. 1, 7, 8, 13, 16, 17, 26, 29, 35, 37, 40, 43, 44 a 45 původně pochází z dotazníku BSRI.

Pro ověření vnitřní konzistence testu byl využit Cronbachův koeficient α . Ten se u Singapurského Androgynního Inventáře pohybuje podle autorů v rozmezí 0,80 – 0,90. Na datech získaných v našem výzkumu však dosahoval o něco nižších hodnot. Jejich porovnání zobrazuje Tabulka 3.

Tabulka 3: Vnitřní konzistence škál inventáře SAI podle Cronbachova koeficientu α

Název škály	Cronbachova α	Cronbachova α^*
Femininní	0,78	0,80
Maskulinní	0,78	0,90
Neutrální	0,52	0,80

Pozn.: α^* = hodnoty Cronbachova koeficientu α podle autorů inventáře

7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

S ohledem na povahu výzkumu byl zvolen záměrný (účelový) výběr, podle kterého byli z celé populace do výzkumu zahrnuti pouze muži starší 18 let. Spodní věková hranice byla stanovena na základě předpokladu, že lidé starší 18 let již mívají zažitou nějakou sexuální zkušenost. Druhý důvod představovaly samotné inventáře, jež byly konstruovány primárně pro dospělé populaci.

Sběr dat probíhal částečně osobně a částečně v on-line prostředí. V obou případech byli respondenti seznámeni se zachováním anonymity a možností z výzkumu kdykoliv odstoupit. Prostřednictvím google formuláře jsme obdrželi e-mailové adresy, na něž byly dotazníky automaticky zaslány k vyplnění, a stejným způsobem jsme dostali i patřičné odpovědi.

Celkem se nám podařilo získat 102 respondentů, z nichž tři museli být z výzkumu vyřazeni z důvodu nesplnění podmínky týkající se pohlaví. Deskriptivní statistika výzkumného souboru o počtu 99 respondentů ve věku od 19 do 61 let je uvedena v Tabulce 4.

Tabulka 4: Deskriptivní statistika výzkumného souboru z hlediska věku

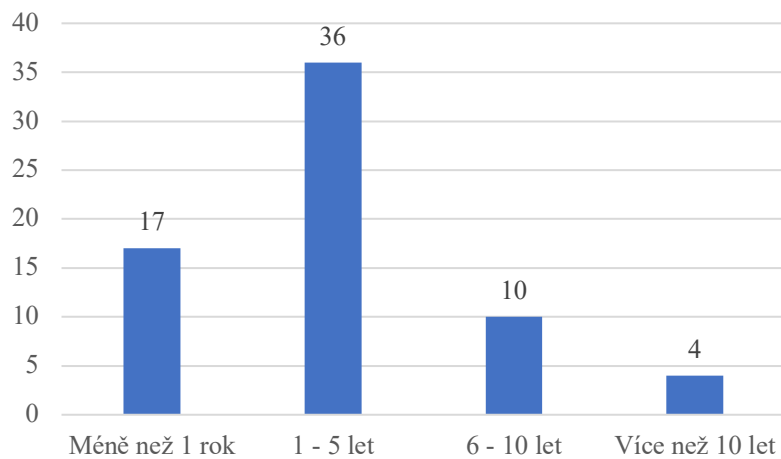
N	Průměr	SD	Minimum	Maximum
99	22,21	6,24	19	61

Soubor tvořilo 67 jedinců nacházejících se v partnerském vztahu a 32 nezadaných, kteří následně odpovídali na otázku se zaměřením na délku trvání vztahu, a to z následujících kategorií: Méně než rok, 1 – 5 let, 6 – 10 let a Více než 10 let. Největší zastoupení získala kategorie 1 – 5 let, do které spadalo 36 (54 %) zadaných mužů. Naopak pouze 4 účastníci (6 %) uvedli, že se nachází ve vztahu trvající déle než 10 let.

Tabulka 5: Deskriptivní statistika výzkumného souboru podle délky vztahu

Kategorie	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 rok	17	25
1 - 5 let	36	54
6 - 10 let	10	15
Více než 10 let	4	6

Obrázek 1: Grafické znázornění výzkumného souboru podle délky vztahu



7.1 Etické hledisko a ochrana soukromí

Ve výzkumu nebyly použity žádné klamné metody ani vystavení nepříjemným či jiným eticky problematickým situacím. Účastníci, kteří byli osloveni osobně, i ti, co se do výzkumu zapojili on-line, byli seznámeni s průběhem výzkumu, jeho časovou náročností, zajištěním anonymity i možnostmi z výzkumu kdykoliv odstoupit.

Respondentům byly předloženy tři dotazníky – nejprve nestandardizovaný dotazník ke zjištění sociodemografických údajů a základních informací, následně Singapurský Androgynní Inventář, a nakonec osobnostní inventář NEO-FFI. Vyplnění všech testů zabralo v průměru 20 až 30 minut, což bylo některými účastníky hodnoceno negativně a považováno za vyčerpávající.

Respondenti byli upozorněni na to, že má k získaným datům přístup pouze výzkumný tým, že budou data využita jedině pro účely výzkumu a nebudou dále šířena či zveřejňována.

8 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Před zahájením testování bylo provedeno očištění dat v programu MS Excel a jejich označení příslušným osobním kódem. Hodnoty jednotlivých škál použitých dotazníků byly převedeny na hrubé skóry a percentily umožňující lepší interpretaci dat.

Nadcházející kapitola je věnována prezentaci výsledků a následnému ověřování stanovených hypotéz výzkumu. Nejprve si rozebereme výsledky získané testem NEO-FFI a uvedeme je do souvislosti s antikoncepčními metodami. Stejný postup bude poté aplikován na data z inventáře SAI.

8.1 Osobnostní charakteristiky respondentů

V následující podkapitole se věnujeme osobnostním charakteristikám respondentů, jež byly získány prostřednictvím inventáře NEO-FFI. Jedním z cílů práce bylo nalézt souvislost mezi osobnostními charakteristikami a preferovanou antikoncepční metodou. Pro lepší přehlednost je nejprve uvedena samostatná deskriptivní statistika, a následně její porovnání s hodnotami autorů zmíněného inventáře.

Tabulka 6: Deskriptivní statistika osobnostních charakteristik NEO-FFI

Škála	N	Průměr	SD	Minimum	Maximum
Neuroticismus	99	21,78	5,08	11	38
Extraverze	99	26,15	3,76	16	35
Otevřenost vůči zkušenostem	99	24,08	3,44	15	32
Přívětivost	99	28,08	4,73	17	42
Svědomitost	99	27,52	3,72	15	39

Z Tabulky 6 je patrné, že nejvyšších hodnot dosáhli respondenti na škále Přívětivost, naopak skóre nejnižší bylo naměřeno u Neuroticismu. Relativně nízké směrodatné odchytky (SD) poukazují na to, že se od sebe naměřené hodnoty příliš neliší.

V porovnání s normami Hřebíčkové a Urbánka (2002) lze největší rozdíl nalézt na škále Extraverze, u níž byl stanoven vyšší průměr než v případě našeho výzkumného souboru.

Tabulka 7: Porovnání naměřených průměrů škál s průměry inventáře NEO-FFI

Škála	Průměr	Průměr*
Neuroticismus	21,78	20,83
Extraverze	26,15	30,92
Otevřenost vůči zkušenostem	24,08	26,11
Přívětivost	28,08	28,14
Svědomitost	27,52	27,29

Pozn.: * = průměry škál podle Hřebíčkové a Urbánka (2002)

Data získaná inventářem NEO-FFI byla nejprve převedena na hrubé skóry sečtením skóru jednotlivých položek, a následně na standardní skóry, konkrétně percentily, u nichž není vyžadována podmínka normálního rozložení. Transformaci HS na percentily zobrazuje Tabulka 8.

Tabulka 8: Transformace hrubých skór NEO-FFI na percentily

Škála	Průměr		Minimum		Maximum	
	HS	Percentil	HS	Percentil	HS	Percentil
Neuroticismus	21,78	56	11	12	38	99
Extraverze	26,15	28	16	1	35	73
Otevřenost vůči zkušenostem	24,08	40	15	6	32	81
Přívětivost	28,08	48	17	6	42	99
Svědomitost	27,52	55	15	7	39	94

S ohledem na náš výzkumný cíl nás nejvíce zajímala souvislost mezi průměry jednotlivých škál NEO-FFI a preferovanou antikoncepční metodou. Ty byly rozděleny do čtyř hlavních skupin – Mužský kondom, Hormonální antikoncepční pilulky, Přerušovaná soulož (*Coitus interruptus*) a Jiné, zahrnující ostatní přirozené formy antikoncepce, nitroděložní tělíka, spermicidní gely či ženské bariérové metody.

Tabulka 9: Průměry jednotlivých škál NEO-FFI podle preferované antikoncepční metody

Antikoncepční metoda	N	Neuroticismus	Extraverze	Otevřenost vůči zkušenostem	Přívětivost	Svědomitost
Mužský kondom	37	21,81	26,03	23,86	27,76	27,62
Hormonální antikoncepční pilulky	29	22,1	25,52	23	28,07	27,17
Přerušovaná soulož	14	20,79	26,57	25,29	28	29
Jiná	19	21,95	27,05	25,26	28,79	26,74

Z Tabulky 9 vyplývá, že bez ohledu na preferovanou antikoncepční metodu dosahovali respondenti nejvyšších skóre na škále Přívětivost a Svědomitost. Naopak průměry Neuroticismu se u všech kategorií držely spodních hodnot.

8.2 Genderové charakteristiky respondentů

Tato podkapitola se zaměřuje na výsledky inventáře SAI, jehož prostřednictvím byla získána data týkající se feminity a maskulinity našich respondentů. Tyto genderové charakteristiky jsou důležité s ohledem na druhý výzkumný cíl spočívající v nalezení souvislosti mezi maskulinitou/feminitou a preferovanou antikoncepční metodou. Stejně jako v předchozí podkapitole, uvedeme nejprve deskriptivní statistiku výsledků.

Tabulka 10: Deskriptivní statistika genderových charakteristik inventáře SAI

Škála	N	Průměr	SD	Minimum	Maximum
Femininní	99	67,13	12,56	32	98
Maskulinní	99	71,41	13,46	34	98
Neutrální	99	71,89	12,82	30	97

V Tabulce 10 lze vidět, že nejnižších průměrných hodnot dosahovali respondenti na škále Femininní, naopak číslo nejvyšší bylo naměřeno na škále Neutrální. Směrodatné odchylky se v případě inventáře SAI pohybují ve vyšších hodnotách než u NEO-FFI, což poukazuje na větší variabilitu. To je patrné i při pohledu na nejnižší naměřenou hodnotu (30) v porovnání s nejvyšší (98).

Souvislost naší sledované proměnné (preferované antikoncepční metody) a výsledků škál Singapurského Androgynního Inventáře zobrazuje Tabulka 11.

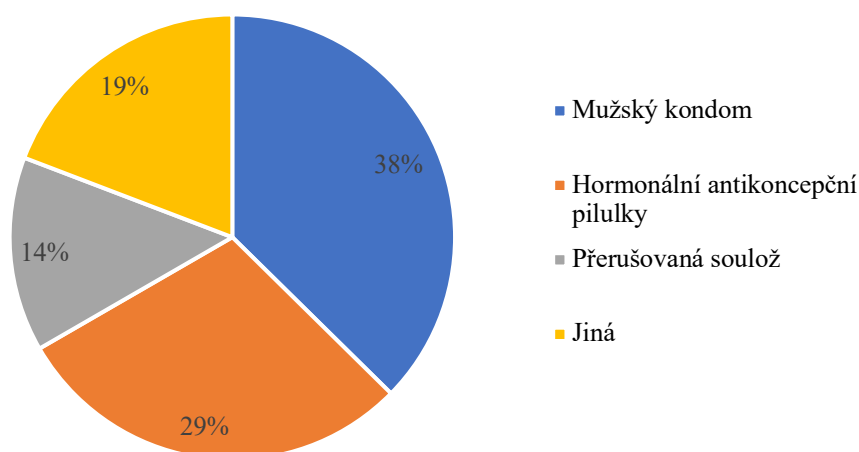
Tabulka 11: Průměry jednotlivých škál SAI podle preferované antikoncepční metody

Antikoncepční metoda	N	Femininní	Maskulinní	Neutrální
Mužský kondom	37	64,95	66,14	67,68
Hormonální antikoncepční pilulky	29	67,69	73,72	73,31
Přerušovaná soulož	14	68,79	74,21	75,07
Jiná	19	69,32	76,11	75,58

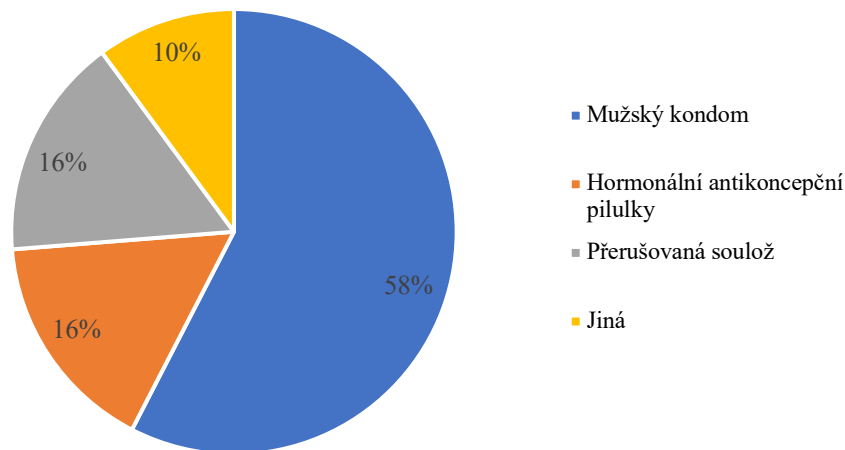
Tabulka 11 ukazuje, že na femininní, maskulinní i neutrální škále skórovali nejnižše jedinci preferující mužské kondomy. Vyšších hodnot na všech škálách naopak dosahovali respondenti, kteří uvedli, že preferují jiné formy antikoncepčních metod.

V neposlední řadě je důležité zmínit odlišnosti v preferované a užívané metodě. Ukázalo se, že ačkoliv respondenti některou antikoncepci upřednostňují, nemusí ji se svou partnerkou skutečně užívat. První a druhé místo se však shodovalo, přičemž jako nejvíce preferovanou i užívanou metodu uváděli respondenti mužský kondom, a druhé místo v obou případech obsadily hormonální antikoncepční pilulky.

Obrázek 2: Procentuální zastoupení antikoncepčních metod z hlediska mužské preference



Obrázek 3: Procentuální zastoupení antikoncepčních metod z hlediska užívání



8.3 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

Pro ověření platnosti statistických hypotéz byl ve všech případech použit Spearmanův korelační koeficient, jež nepředpokládá normální rozložení. Ke zjištění, zda se jedná o normální rozložení dat, bylo využito jejich zobrazení pomocí histogramu. Data získaná inventářem NEO-FFI a inventářem SAI byla převedena na ordinální proměnné. Antikoncepční metody byly rozděleny do čtyř kategorií, z nichž každá představovala alternativní (binární) proměnnou nabývající hodnot 0 a 1. Vyhodnocení dat bylo provedeno v programu Statistica 13. Výsledky se hodnotily na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %). Pokud p-hodnota klesla pod tuto hladinu, byla označena za signifikantní.

- **H1:** *Existuje pozitivní korelace mezi dimenzí Neuroticismus a preferencí coitus interruptus.*

Cílem první hypotézy bylo zjistit, zda existuje pozitivní vztah mezi mírou neuroticismu a preferencí přerušované soulože (*coitus interruptus*). Výsledky však prokázaly opak, a sice zanedbatelný nesignifikantní vztah v záporném směru ($r_s (n = 99) = -0,07$; $p = 0,48$).

Na základě těchto výsledků H1 zamítáme.

- **H2:** *Existuje pozitivní korelace mezi dimenzí Otevřenost vůči zkušenostem a preferencí mužských kondomů.*

V druhé hypotéze jsme hledali souvislost mezi otevřeností vůči zkušenostem a preferencí mužských kondomů. Mezi uvedenými proměnnými se opět zaznamenal zanedbatelný nesignifikantní vztah v záporném směru ($r_s (n = 99) = -0,07$; $p = 0,49$).

Na základě těchto výsledků H2 zamítáme.

- **H3:** *Existuje pozitivní korelace mezi dimenzí Svědomitost a preferencí mužských kondomů.*

Třetí hypotéza se zaměřovala na zjištění vztahu mezi naměřenou svědomitostí a preferencí mužských kondomů. I v tomto případě byl zaznamenán zanedbatelný nesignifikantní vztah ($r_s (n = 99) = 0,02$; $p = 0,85$), tudíž ani tato hypotéza nemohla být přijata.

Na základě těchto výsledků H3 zamítáme.

Tabulka 12 slouží k zobrazení výsledků provedené korelační analýzy všech dimenzí NEO-FFI se čtyřmi zkoumanými antikoncepčními metodami.

Tabulka 12: Korelační analýza veličin inventáře NEO-FFI a preferovaných antikoncepčních metod

Škála	Mužský kondom		Hormonální antikoncepční pilulky		Prerušovaná soulož		Jiná	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Neuroticismus	0,03	0,80	0,03	0,78	-0,07	0,48	-0,02	0,85
Extraverze	-0,008	0,93	-0,10	0,32	0,00	1,00	0,09	0,40
Otevřenost vůči zkušenostem	-0,07	0,49	-0,19	0,07	0,12	0,22	0,17	0,10
Přívětivost	-0,02	0,86	-0,002	0,99	0,02	0,86	0,006	0,95
Svědomitost	0,02	0,85	-0,04	0,67	0,12	0,25	-0,11	0,26

- **H4:** *Existuje pozitivní korelace mezi Maskulinní dimenzí a preferencí hormonálních antikoncepčních pilulek.*

Ve čtvrté hypotéze jsme zkoumali, zda existuje souvislost mezi naměřenou maskulinitou a preferencí hormonálních antikoncepčních pilulek. Mezi těmito proměnnými byl zaznamenán zanedbatelný nesignifikantní vztah ($r_s (n = 99) = 0,08; p = 0,44$).

Na základě těchto výsledků H4 zamítáme.

- **H5:** *Existuje negativní korelace mezi Maskulinní dimenzí a preferencí mužských kondomů.*

V poslední páté hypotéze jsme hledali souvislost mezi naměřenou maskulinitou a preferencí mužských kondomů. Zde byl zaznamenán sice slabý, ale signifikantní vztah v záporném směru ($r_s (n = 99) = -0,27; p = 0,008$).

Na základě těchto výsledků H5 přijímáme.

Tabulka 13: Korelační analýza veličin inventáře SAI a preferovaných antikoncepčních metod

Škála	Mužský kondom		Hormonální antikoncepční pilulky		Přerušovaná soulož		Jiné	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Maskulinita	-0,27	0,008	0,08	0,44	0,03	0,78	0,17	0,09
Feminita	-0,05	0,61	-0,02	0,83	0,01	0,96	0,06	0,55
Neutrální	-0,18	0,07	-0,02	0,85	0,05	0,61	0,16	0,12

9 DISKUZE

Kapitola Diskuze je věnována důkladné analýze a interpretaci výsledků práce a jejich porovnání se zjištěními z dosavadních výzkumů. Budou zde uvedeny možné limity a omezení výzkumu a doporučení pro případné další zkoumání daného problému.

9.1. Analýza výsledků

Hlavní inspiraci pro zkoumané téma nám poskytl zejména nespočet provedených výzkumů zaměřených na nežádoucí účinky hormonálních antikoncepčních pilulek, a to jak v rámci fyzického, tak psychického zdraví (Čepický & Fanta, 2011; Jacobs et al., 1977; Van Hylckama Vlieg et al., 2009). Domníváme se, že ačkoliv se tato možná rizika dostávají do lidského povědomí více než dříve, může být pro muže celá problematika antikoncepčních metod stále velkou neznámou.

Výsledky Ederové (2015) poukázaly na relativně dobrou informovanost o antikoncepčních metodách, jež byla prokázána téměř u 75 % mužských respondentů. 68 % zároveň vyjádřilo souhlas s užíváním ženských antikoncepčních pilulek. Zdá se, že i přesto, že si jsou muži vědomi široké škály antikoncepčních možností, existuje stále vysoké procento jedinců nechávajících volbu ochrany na své partnerce.

Ve společnosti se lze stále setkat s přesvědčením, že by mělo být zajištění antikoncepční ochrany ženskou záležitostí, zejména díky dobré přístupnosti k hormonálním antikoncepčním pilulkám. Ukázalo se, že muži nemají problém s nechráněným pohlavním stykem a často mu dávají přednost před mužskými bariérovými metodami (Hooke, Capewell & Whyte, 2000).

První hypotéza, která byla v rámci našeho výzkumu stanovena, spočívala v hledání souvislosti mezi dimenzí Neuroticismus a mužskou preferencí přerušované soulože (*coitus interruptus*). Ačkoliv jsme předpokládali vztah v pozitivním směru, prokázal se směr opačný ($r = -0,07$; $p = 0,48$). Získaná p-hodnota navíc odkazuje na vztah nesignifikantní, tudíž jsme tuto hypotézu nemohli přijmout. Toto zjištění je zajímavé v porovnání s výzkumem Kurpisze a kolegů (2016), jejichž výsledky prokázaly na podobně rozsáhlém výzkumném souboru ($N = 94$) slabý signifikantní vztah ($r = 0,26$; $p < 0,05$). Tato studie byla však provedena na polských mužích ve věku 19 až 39 let. Domníváme se, že odlišnosti ve výsledcích mohou spočívat zejména v národnostních rozdílech či jejich náboženském přesvědčení.

Druhá hypotéza byla stanovena na základě studie Millera a kolegů (2016), kteří sice původně předpokládali vztah mezi dimenzí Otevřenost vůči zkušenostem a praktikováním nechráněného pohlavního styku, avšak jejich výsledky prokázaly opak. Zjistili, že konzervativnější jedinci jsou více náchylní k nechráněnému styku a sexuálnímu experimentování. Proto jsme si stanovili předpoklad pozitivní korelace Otevřenosti vůči zkušenostem a preferencí mužských kondomů. Ten byl však vyvrácen, a dokonce nám vyšel výsledek v opačném směru, než jaký jsme předpokládali ($r = -0,07$; $p = 0,49$). Nebyl nalezen žádný signifikantní vztah, tudíž naše hypotéza opět nemohla být přijata. Pokud bychom se drželi myšlenek Millera a kolegů (2016) a předpokládali souvislost mezi Otevřeností vůči zkušenostem a preferencí *coitus interruptus*, vyšly by nám výsledky podobně neuspokojující ($r = 0,12$; $p = 0,22$), avšak alespoň ve směru našeho předpokladu.

V rámci třetí hypotézy jsme ověřovali vztah mezi faktorem Svědomitost a preferencí mužských kondomů. Z výsledků je patrné, že ani mezi těmito proměnnými nebyl nalezen žádný významný vztah ($r = 0,02$; $p = 0,85$), tudíž jsme hypotézu nemohli přijmout.

Při pohledu na získané p-hodnoty uvedené v Tabulce 12 vidíme, že stanovené hladině významnosti α (0,05) se nejvíce blíží vztah Otevřenosti vůči zkušenostem a hormonálních antikoncepčních pilulek ($p = 0,07$). Žádná z hodnot však neklesla pod tuto hodnotu, proto se lze domnívat, že v případě našeho výzkumného souboru neexistuje mezi osobnostními charakteristikami a preferovanou antikoncepční metodou žádná signifikantní závislost.

Čtvrtá hypotéza byla zaměřena na nalezení korelace mezi Maskulinní dimenzí a preferencí hormonálních antikoncepčních pilulek, přičemž se předpokládal vztah v pozitivním směru. Vztah uvedených proměnných lze považovat za zanedbatelný nesignifikantní ($r = 0,08$; $p = 0,44$), ačkoliv vyšel v námi předpokládaném směru. Hypotéza však nemohla být přijata.

Na maskulinitu byla zaměřena i poslední hypotéza, vycházející ze zjištění Plecka, Sonensteina a Ku (1993), kteří prokázali souvislost mezi tradiční maskulinitou a nekonzistentním užíváním mužských bariérových metod. Předpokládali jsme, že se mezi uvedenými proměnnými objeví negativní korelace, tedy že odmítání mužských kondomů souvisí s vyššími hodnotami na Maskulinní dimenzi. Ačkoliv byl nalezen pouze slabý vztah, uvedená hypotéza se skutečně potvrdila ($r = -0,27$; $p = 0,008$) a tudíž mohla být přijata.

Výsledky korelační analýzy shrnuje Tabulka 13. Z ní je patrné, že pouze v případě mužských kondomů a Maskulinní dimenze se dá hovořit o signifikantním vztahu. Stanovené hladině α (0,05) má nejbližše též souvislost Neutrální dimenze s preferencí mužských kondomů.

9.2. Limity výzkumu a doporučení pro další výzkumy

Uvědomujeme si, že výsledky, které náš výzkum přinesl, s sebou nesou určitá omezení. První a primární problém spočívá v relativně málo rozsáhlém výzkumném souboru. Předpokládali jsme, že respondenti budou zkoumané téma považovat za nepříjemné či kontroverzní, a že se setkáme s odmítnutím účasti. Otázky v prvním dotazníku byly přímo zaměřené na sexuální život a postoj k antikoncepčním metodám, což mohlo v účastnících vyvolat smíšené pocity, které následně ovlivnily vyplnění inventáře SAI a NEO-FFI. Jelikož se takováto témata ve společnosti běžně nediskutují, nemusely být odpovědi zvoleny upřímně. Zároveň bylo vyplnění všech dotazníků poměrně časově náročné. Uvědomujeme si, že pokud bychom si na sběr respondentů vyhradili více času, mohl by být náš soubor početnější.

Ve výzkumném souboru byli více obsaženi muži nacházející se v partnerském vztahu než muži nezadaní. I to mohlo do jisté míry způsobit zkreslení výsledků. Domníváme se, že obě skupiny disponují odlišnými preferencemi a mohou k celé problematice přistupovat jiným způsobem. Otázka však je, nakolik toto rozhodnutí souvisí s osobnostními charakteristikami. Je možné, že budou zadaní muži na základě potřeb své partnerky preferovat jinou ochranu než ve své nezadané fázi, což se s osobností přímo pojit nemusí. Naopak se může jednat o formu vyjádření náklonnosti a respektu vůči partnerce, díky čemuž se z užívané metody nakonec stane i metoda preferovaná.

Hledání souvislosti mezi antikoncepčními metodami a osobnostními charakteristikami představuje téma stále relativně neprobádané. Výzkumy, které sloužily jako podklad pro stanovení hypotéz, byly většinou primárně zaměřené na jiné téma, zejména na sexuální chování, praktikování nechráněného pohlavního styku či přístupu k mužským kondomům.

Pro případné budoucí zkoumání této problematiky by bylo vhodné zvolit větší výzkumný soubor, zamyslet se nad sexuální orientací a náboženským přesvědčením respondentů, a taktéž vzít v potaz jejich přítomnost v partnerském vztahu.

10 ZÁVĚR

V rámci bakalářské diplomové práce byly vytyčeny dva hlavní výzkumné cíle. První cíl se zaměřoval na nalezení souvislosti mezi osobnostními charakteristikami mužů získané inventářem NEO-FFI a jejich preferovanou antikoncepční metodou. Druhým cílem bylo nalezení souvislosti mezi genderovými charakteristikami mužů získané inventářem SAI a jejich preferovanou antikoncepční metodou.

Respondentům, kteří se zapojili do našeho dotazníkového šetření, byly předloženy k vyplnění tři dotazníky – vlastní sestavený dotazník pro zjištění sociodemografických údajů účastníků a jejich postojů k antikoncepčním metodám, Singapurský Androgynní Inventář měřící míru maskulinity a feminity a osobnostní inventář NEO-FFI. Výzkumný soubor byl tvořen 99 muži ve věku 19 až 61 let.

Ze stanovených pěti výzkumných hypotéz mohla být přijata pouze jedna. Pomocí korelační analýzy, konkrétně za použití Spearmanova korelačního koeficientu, byla zjištěna negativní korelace mezi Maskulinní dimenzí a preferencí mužských kondomů.

Jelikož se jedná o téma široké a příliš neprobádané, nelze jistotou říci, že by mezi ostatními proměnnými neexistoval žádný vztah, ačkoliv u našeho výzkumného souboru nalezen nebyl. Je třeba brát ohled na omezení výzkumu, díky kterým mohly být výsledky zkresleny, zejména velikost výzkumného souboru.

SOUHRN

Bakalářská diplomová práce se zabývá osobnostními charakteristikami mužů v kontextu preferované antikoncepční metody. Teoretická část je věnována třem velkým tématům, kterými jsou osobnost, gender a antikoncepční metody, dále pak výzkumům se zaměřením na podobnou problematiku.

Osobnost, zahrnující temperament, charakter, schopnosti a konstituční vlastnosti člověka, představuje hlavní oblast zkoumání psychologů osobnosti. Ti se v minulosti snažili nejen o její vymezení, definování či zkoumání její struktury, ale též o vytvoření různých osobnostních teorií a modelů (Cakirpaloglu, 2012). K měření vlastností osobnosti byla vyvinuta řada nástrojů, např. MMPI, 16PF či Big Five, který jsme využili k sesbírání dat v našem výzkumném souboru.

Ve výzkumu byla použita česká verze inventáře NEO-FFI, obsahující 60 položek, 12 pro každou z pěti škál (Neuroticismus, Extraverze, Otevřenost vůči zkušenostem, Přívětivost, Svědomitost). O sestavení dotazníku se zasloužil Costa a McCrae a české vydání je dílem Hřebíčkové a Urbánka (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

Pouze na škále Neuroticismus a Svědomitost jsme u našich respondentů zpozorovali vyšší průměrné hodnoty, než jaké byly stanoveny pro běžnou populaci. Nejvyšší skóre jsme naměřili u dimenze Přívětivost, naopak nejnižší u Otevřenosti vůči zkušenostem.

Respondenti byli rozřazeni do čtyř skupin na základě jejich preferované antikoncepční metody – Mužský kondom, Hormonální antikoncepční pilulky, Přerušovaná soulož a Jiné formy antikoncepce. Nejvíce obsažená byla kategorie Mužský kondom, zahrnující 37 účastníků, a následně Hormonální antikoncepční pilulky o počtu 29 mužů. Bez ohledu na preferovanou ochranu dosahovali účastníci nejvyšších průměrných hodnot v dimenzi Přívětivost a Svědomitost.

Závislostí antikoncepčních metod a osobnostních charakteristik získaných inventářem NEO-FFI se zabývaly první tři výzkumné hypotézy. První byla zaměřena na hledání pozitivní korelace mezi Neuroticismem a preferencí přerušované soulože, druhá mezi Otevřeností vůči zkušenostem a mužskými kondomy, třetí mezi Svědomitostí a mužskými kondomy. K získání

výsledků byla využita korelační analýza, konkrétně Spearmanův korelační koeficient, bez předpokladu normálního rozložení dat. Žádná z uvedených hypotéz však nemohla být přijata.

Kapitola Gender slouží jako teoretický podklad pro náš druhý výzkumný cíl spočívající v nalezení souvislosti mezi mírou maskulinity/feminity a preferovanou antikoncepční metodou. Vývoj genderové identity považují někteří autoři za jednu z hlavních složek lidského vývoje (Křížková, 2001). Dnes již víme, že ne vždy se člověk musí identifikovat s pohlavím, se kterým je narozen, a splňovat tak očekávání a nároky společnosti, které jsou na člověka vzhledem k pohlaví kladeny (Ellemers, 2018).

V souvislosti s genderem rozlišujeme mužskost (maskulinitu), zahrnující vlastnosti typické více pro muže, a ženskost (feminitu), pod níž spadají znaky spíše ženské. Existuje však i koncept zvaný androgynie, kdy jedinec disponuje stejným množstvím femininních i maskulinních rysů (Guastello & Guastello, 2003). Genderovými odlišnostmi a androgynií se hojně zabývala Sandra Bem, autorka Inventáře sexuálních rolí (BSRI). Za účelem rozšíření androgynie do kulturně rozmanitějších prostředí vytvořil Ward (2000) Singapurský Androgynní Inventář (SAI).

Právě inventář SAI nám v našem výzkumu posloužil k získání dat týkající se genderu našich respondentů. Zahrnuje 45 položek, 15 pro každou ze tří škál (Femininní, Maskulinní, Neutrální). Některé položky byly přímo převzaty z původního inventáře BSRI (Ward, 2000). Jelikož je znění dotazníku přístupné pouze v originálním znění, bylo potřeba jeho přeložení do českého jazyka, na čemž se podílel náš výzkumný tým.

U účastníků výzkumu byly nejvyšší průměrné hodnoty zaznamenány na škále Neutrální a Maskulinní, nižší průměr byl pak zjištěn v kategorii Femininní. Na všech výše uvedených škálách dosahovali nejnižších hodnot jedinci preferující mužské kondomy, naopak nejvýše skórovali muži upřednostňující jiné formy antikoncepce.

Ačkoliv v dnešní době existuje celá řada antikoncepčních metod, z výsledků našich respondentů je zřejmé, že muži stále nejvíce preferují ve společnosti nejrozšířenější a nejznámější ochrany – mužské kondomy, ženské hormonální pilulky a *coitus interruptus*. Taktéž výsledky výzkumu Ederové (2015) potvrdily, že jsou mužské bariérové metody (kondom) v mužské populaci preferované nejvíce.

Bariérové metody antikoncepce však mohou být i ženskou záležitostí. Ženy si mohou na rozdíl od mužů vybrat mezi ženským kondomem, pesarem, cervikálním kloboučkem, vaginální hubkou či chemickými bariérami s obsahem spermicidů (Colquitt & Martin, 2017).

V nabídce bezbariérových metod lze kromě známých antikoncepčních pilulek nalézt například nitroděložní tělíška. Ta zároveň tvořila nejpočetnější část kategorie Jiné antikoncepční metody, stanovené v rámci našeho výzkumu.

Mezi společnostmi nejméně užívané metody s nejnižší mírou spolehlivosti se řadí přirozené formy antikoncepce. Ty zahrnují zejména přerušovanou soulož, metodu kojení či periodickou abstinenci, mezi kterou spadá metoda kalendářová, teplotní, hlenová a symptotermální (Zorea, 2012). Z uvedeného výčtu byla v dotaznících nejčastěji zmíněna právě přerušovaná soulož (*coitus interruptus*), a to jak v kontextu preferované, tak užívané antikoncepce. I přes oblíbenost této metody je třeba myslet na vysoké riziko selhání, zejména v důsledku přítomnosti spermií v preejakulačních tekutinách (Free & Alexander, 1976).

K souvislosti genderových charakteristik získaných inventářem SAI a preferovaných antikoncepčních metod se vztahuje hypotéza čtvrtá a pátá. Zde jsme hledali pozitivní korelaci mezi Maskulinní dimenzí a preferencí hormonálních antikoncepčních pilulek a negativní korelaci mezi Maskulinní dimenzí a mužskými kondomy. Po použití Spearmanova korelačního koeficientu byla přijata pouze poslední pátá hypotéza.

Výsledky našeho výzkumu mohou pramenit z malého výzkumného souboru. Domníváme se, že kdyby se nám podařilo získat větší počet respondentů se stejným počtem zadaných a nezadaných mužů, mohly by být naše výsledky uspokojivější. Jedná se však o problematiku relativně neprobádanou, proto nelze s jistotou říci, zda mezi zkoumanými proměnnými vůbec nějaká souvislost existuje.

LITERATURA

1. Allport, G. W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. Holt, Reinhart & Winston.
2. Bačová, V. (2003). Osobná identita – konštrukcie – text – hľadanie významu. In Čermák, I., Hřebíčková, M., & Macek, P. (Eds.), *Agrese, identita, osobnost*. Sdružení SCAN, 201–214.
https://www.researchgate.net/publication/309321532_Osobna_identita_-_konstrukcie_-_text_-_hladanie_vyznamu
3. Barták, A. (2006). *Antikoncepce*. Grada.
4. Bem, S. L. (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155. <https://doi.org/10.1037/h0036215>
5. Bem, S. L., & Lewis, S. A. (1975). Sex Role Adaptability: One Consequence of Psychological Androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 634–643. <https://doi.org/10.1037/h0077098>
6. Benveniste, D. (2015). *Sigmund Freud and Libido Development*. <https://docplayer.net/20898303-Sigmund-freud-and-libido-development.html>
7. Berdahl, J. L., & Raver, J. L. (2011). Sexual Harassment. In Zedeck, S. (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology, Vol. 3: Maintaining, expanding, and contracting the organization*, 641–669. <https://doi.org/10.1037/12171-018>
8. Bonnett, A. (1996). The New Primitives: Identity, Landscape and Cultural Appropriation in the Mythopoetic Men's Movement. *Antipode*, 28(3), 273–291. https://www.academia.edu/31600019/The_New_Primitives_Identity_Landscape_and_Cultural_Appropriation_in_the_Mythopoetic_Mens_Movement
9. Brogaard, B. (2015). What Is Misogyny, Anyway? *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-mysteries-love/201503/what-is-misogyny-anyway>
10. Brown, S. (2015). 'They Think It's All Up to the Girls': Gender, Risk and Responsibility for Contraception. *Culture, Health & Sexuality*, 17(3), 312–325. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.950983>
11. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.
12. Carrigan, T., Connell, B., & Lee, J. (1985). Toward a New Sociology of Masculinity. *Theory and Society*, 14(5), 551–604. <https://doi.org/10.2307/657315>
13. Cattell, H., & Mead, A. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In Boyle, G. J., Matthews, G., & Saklofske, D. H. (Eds.), *The SAGE Handbook of*

- Personality Theory and Assessment: Vol. 2: Personality Measurement and Testing*, 135–159. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n7>
14. Colquitt, C. W., & Martin, T. S. (2017). Contraceptive Methods: A Review of Nonbarrier and Barrier Products. *Journal of Pharmacy Practice*, 30(1), 130–135. <https://doi.org/10.1177/0897190015585751>
 15. Connell, R. W. (2005). The Social Organization of Masculinity. In Connell, R. W., *Masculinities*, 2nd ed. University of California Press.
 16. Cooper, D. B., & Mahdy, H. (2021). Oral contraceptive pills. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>
 17. Cooper, M. L., Agocha, V. B., & Sheldon, M. S. (2000). A Motivational Perspective on Risky Behaviors: The Role of Personality and Affect Regulatory Processes. *Journal of personality*, 68(6), 1059–1088. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00126>
 18. Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2008). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In Boyle, G. J., Matthews, G., & Saklofske, D. H. (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment, Vol. 2: Personality Measurement and Testing*, 179–198. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>
 19. Čurdová, J., & Pourová, M. (2019). Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 – Recenze metody. *TESTFÓRUM*, 7(12), 6–12. <https://doi.org/10.5817/TF2019-12-12447>
 20. De Boise, S. (2019) Editorial: Is Masculinity Toxic? *NORMA*, 14(3), 147–151. <https://doi.org/10.1080/18902138.2019.1654742>
 21. Demetriou, D. Z. (2001). Connell’s Concept of Hegemonic Masculinity: A Critique. *Theory and Society*, 30(3), 337–361. <http://www.jstor.org/stable/657965>
 22. Diamond, M. (2002). Sex and Gender Are Different: Sexual Identity and Gender Identity Are Different. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 320–334. <https://doi.org/10.1080/18902138.2019.1654742>
 23. Donaldson, M. (1993). What Is Hegemonic Masculinity? *Theory and Society*, 22(5), 643–657. <https://doi.org/10.1007/BF00993540>
 24. Ederová, J. (2015). *Informovanost mužů o možnostech moderní antikoncepce* [Bakalářská práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava]. <https://adoc.pub/vysoka-kola-polytechnicka-jihlava-informovanost-mu-o-monoste.html>
 25. Ekstrand, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2007). Preventing Pregnancy: A Girls’ Issue. Seventeen-Year-Old Swedish Boys’ Perceptions on Abortion, Reproduction and Use of Contraception. *The European Journal of Contraception &*

- Reproductive Health Care*, 12(2), 111–118.
<https://doi.org/10.1080/13625180701201145>
26. Elkatawneh, H. (2013). Freud's Psychosexual Stages of Development. *SSRN Electronic Journal*, Walden University. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2364215>
 27. Ellemers, N. (2018). Gender Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 69, 275–298.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719>
 28. ESHRE Capri Workshop Group. (2008). Intrauterine Devices and Intrauterine Systems. *Human Reproduction Update*, 14(3), 197–208.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmn003>
 29. Ewen, R. B. (2010). *An Introduction to Theories of Personality*. Psychology Press.
 30. Fennell, J. L. (2011). Men Bring Condoms, Women Take Pills: Men's And Women's Roles in Contraceptive Decision Making. *Gender & Society*, 25(4), 496–521.
<https://doi.org/10.1177/0891243211416113>
 31. Ferber, A. L. (2000). Racial Warriors And Weekend Warriors: The Construction of Masculinity in Mythopoetic And White Supremacist Discourse. *Men And Masculinities*, 3(1), 30–56. <https://doi.org/10.1177/1097184X00003001002>
 32. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
 33. Flood, M. (2003). Lust, Trust and Latex: Why Young Heterosexual Men Do Not Use Condoms. *Culture, Health & Sexuality*, 5(4), 353–369.
<https://doi.org/10.1080/1369105011000028273>
 34. Franzini, L. R., & Sideman, L. M. (1994). Personality Characteristics of Condom Users. *Journal of Sex Education and Therapy*, 20(2), 110–118.
<https://doi.org/10.1080/01614576.1994.11074108>
 35. Free, M. J., & Alexander, N. J. (1976). Male Contraception without Prescription: A Reevaluation of the Condom and Coitus Interruptus. *Public Health Reports*, 91(5), 437–445. <http://www.jstor.org/stable/4595535>
 36. Freeman, G. L. (1934). Temperament. In Freeman, G. L., *Introduction to physiological psychology*, 551–572. Ronald Press Company. <https://doi.org/10.1037/13315-027>
 37. Fromm, E. (1997). *Člověk a psychoanalýza*. Aurora.
 38. Gilliam, M. L., & Derman, R. J. (2000). Barrier Methods of Contraception. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 27(4), 841–858.
[https://doi.org/10.1016/S0889-8545\(05\)70174-1](https://doi.org/10.1016/S0889-8545(05)70174-1)
 39. Gilmore, D. D. (2010). *Misogyny: The male malady*. University of Pennsylvania Press.

40. Goldrick-Jones, A. (2002). *Men Who Believe in Feminism*. Greenwood Publishing Group.
41. Grady, W. R., Klepinger, D. H., Billy, J. O., & Tanfer, K. (1993). Condom Characteristics: The Perceptions and Preferences of Men in the United States. *Family Planning Perspectives*, 67–73. <https://doi.org/10.2307/2136208>
42. Green, E. R., & Maurer, L. M. (2015). *The Teaching Transgender Toolkit: A Facilitator's Guide to Increasing Knowledge, Decreasing Prejudice & Building Skills*. Planned Parenthood of the Southern Finger Lakes.
43. Guastello, D. D., & Guastello, S. J. (2003). Androgyny, Gender Role Behavior, and Emotional Intelligence Among College Students and Their Parents. *Sex Roles*, 49(11), 663–673. <https://doi.org/10.1023/B:SERS.00000003136.67714.04>
44. Helm, Jr H. W. (1980). *Relationships Between the Four Temperament Types: Sanguine, Choleric, Phlegmatic, and Melancholic, and Leisure Time Physical Activities* [Master's Theses, Andrews University]. <https://doi.org/10.32597/theses/165>
45. Hooke, A., Capewell, S., & Whyte, M. (2000). Gender Differences in Ayrshire Teenagers' Attitudes to Sexual Relationships, Responsibility and Unintended Pregnancies. *Journal of Adolescence*, 23(4), 477–486. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0332>
46. Hřebíčková, M., & Urbánek, J. (2001). *Big Five NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. Testcentrum.
47. Jacobs, H. S., Knuth, U. A., Hull, M. G., & Franks, S. (1977). Post-"Pill" Amenorrhoea--Cause or Coincidence? *British Medical Journal*, 2(6092), 940–942. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6092.940>
48. Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita*. Grada.
49. Jung, C. G. (1997). *Výbor z díla II. Archetypy a nevědomí*. Nakladatelství Tomáše Janečka.
50. Kalachanis, K., & Michailidis, I. E. (2015). The Hippocratic View on Humors and Human Temperament. *European Journal of Social Behaviour*, 2(2), 1–5. https://www.researchgate.net/publication/283119853_The_Hippocratic_View_on_Humors_and_Human_Temperament
51. Kass-Annese, B., & Danzer, H. (2003). *Natural birth control made simple*. Hunter House.
52. Kimmel, M. (1997). Integrating Men Into the Curriculum. *Duke Journal of Gender Law & Policy*, 4, 181.

<https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/djglp4&div=12&id=&page=>

53. Korobov, N. (2011). Young Men's Vulnerability in Relation to Women's Resistance to Emphasized Femininity. *Men and Masculinities*, 14(1), 51–75.
<https://doi.org/10.1177/1097184X09356904>
54. Křížková, A. (2001). Genderová identita-základní definice, konstrukce, koncepty. *Gender rovné příležitosti výzkum*, 2(03), 1–2. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=254349>
55. Kupperman, J. J. (1995). *Character*. Oxford University Press on Demand.
56. Kurpisz, J., Mak, M., Lew-Starowicz, M., Nowosielski, K., Bieńkowski, P., Kowalczyk, R., ... Samochowiec, J. (2016). Personality Traits, Gender Roles and Sexual Behaviours of Young Adult Males. *Annals of General Psychiatry*, 15(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1186/s12991-016-0114-2>
57. Mayer, J. D. (2007). Asserting the Definition of Personality. *The Online Newsletter For Personality Science*, 1(1), 1–4. <https://fliphtml5.com/zbzd/dokc/basic>
58. McCormack, M. (2011). Hierarchy Without Hegemony: Locating Boys in an Inclusive School Setting. *Sociological Perspectives*, 54(1), 83–101.
<https://doi.org/10.1525/sop.2011.54.1.83>
59. McCown, W. (1991). Contributions of the EPN Paradigm to HIV Prevention: A Preliminary Study. *Personality and Individual Differences*, 12(12), 1301–1303.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90204-O](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90204-O)
60. Merkh, R. D., Whittaker, P. G., Baker, K., Hock-Long, L., & Armstrong, K. (2009). Young Unmarried Men's Understanding of Female Hormonal Contraception. *Contraception*, 79(3), 228–235. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.10.007>
61. Messerschmidt, J. W. (2019). The Salience of “Hegemonic Masculinity”. *Men and Masculinities*, 22(1), 85–91. <https://doi.org/10.1177/1097184X18805555>
62. Miller, J. D., Lynam, D., Zimmerman, R. S., Logan, T. K., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2004). The Utility of the Five Factor Model in Understanding Risky Sexual Behavior. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1611–1626.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.06.009>
63. Moore, L., Beksinska, M., Rumphs, A., Festin, M., & Gollub, E. L. (2015). Knowledge, Attitudes, Practices and Behaviors Associated with Female Condoms in Developing Countries: A Scoping Review. *Open Access Journal of Contraception*, 6, 125.
<https://doi.org/10.2147/OAJC.S55041>

64. Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Academia.
65. Novák, T. (2001). Feminismus a společenské vědy. *E-LOGOS*, 8(1).
https://elogos.vse.cz/artkey/elg-200101-0010_Feminismus-a-spolecenske-vedy.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DFeminismus%2Ba%2Bspole%25E8ensk%25E9%2Bv%25ECdy%2Bin%253Aname%26sfrom%3D0%26spage%3D30
66. Novikova, I. (2013). Trait, Trait Theory. *The Encyclopedia of Cross-cultural Psychology*, 3, 1293–1295. <https://doi.org/10.1002/9781118339893.wbeccp545>
67. Ortiz, M. E., Croxatto, H. B., & Bardin, C. W. (1996). Mechanisms of Action of Intrauterine Devices. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 51(12), 42S–51S. <https://doi.org/10.1097/00006254-199612000-00014>
68. Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (1972). Androgyny as a Life Style. *The Family Coordinator*, 21(4), 411–418. <https://doi.org/10.2307/582684>
69. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
70. Pease, B. (2000). *Recreating Men: Postmodern Masculinity Politics*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446218860>
71. Pleck, J. H., Sonenstein, F. L., & Ku, L. C. (1993). Masculinity Ideology: Its Impact on Adolescent Males' Heterosexual Relationships. *Journal of Social Issues*, 49(3), 11–29. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1993.tb01166.x>
72. Poněšický, J. (2012). *Fenomén ženství a mužství*. Triton.
73. Potts, M., & Campbell, M. (2002). History of Contraception. *Gynecology and Obstetrics*, 6(8), 1–23. <https://doi.org/10.3843/GLOWM.10376>
74. Rampton, M. (2015). Four Waves of Feminism. *Pacific University Oregon*, 25. <https://www.pacificu.edu/magazine/four-waves-feminism>
75. Roztočil, A. (2011). *Moderní gynekologie*. Grada.
76. Řičan, P. (2010). *Psychologie osobnosti*. Grada.
77. Sculos, B. W. (2017). Who's Afraid of 'Toxic Masculinity'. *Class, Race and Corporate Power*, 5(3), 1–5. <https://doi.org/10.25148/CRCP.5.3.006517>
78. Sharp, D. (1987). *Personality Types: Jung's Model of Typology*. Inner City Books.
79. Schippers, M. (2007). Recovering the Feminine Other: Masculinity, Femininity, and gender hegemony. *Theory and Society*, 36(1), 85–102. <https://doi.org/10.1007/s11186-007-9022-4>
80. Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P. S., & Sahu, S. (2017). Misogyny, Feminism, and Sexual Harassment. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(2), 111. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_32_18

81. Stets, J. E., & Burke, P. J. (2000). Femininity/Masculinity. In Borgatta, E. F., & Montgomery, J. V., *Encyclopedia of Sociology*, 2, 997–1005.
<https://fliphtml5.com/sbly/sjhp/basic>
82. Stets, J. E., & Serpe, R. T. (2013). Identity Theory. In DeLamater, J., Ward, A. (Eds.), *Handbook of Social Psychology*, 31–60. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6772-0_2
83. Stöppler, M. C. (2020). *9 Natural Birth Control Options*. MediceNet.
https://www.medicinenet.com/birth_control_pictures_slideshow/article.htm
84. Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Portál.
85. Terman, L. M. (2013). *Sex and Personality Studies in Masculinity and Femininity*. Read Books Ltd.
86. United Nations Human Rights (nedat.). *Gender Stereotyping*.
<https://www.ohchr.org/en/issues/women/wrgs/pages/genderstereotypes.aspx>
87. Uzel, R., & Kovář, P. (2010). *Antikoncepční dotazníky*. CAT Publishing.
88. Van Hylckama Vlieg, A., Helmerhorst, F. M., Vandembroucke, J. P., Doggen, C. J. M., & Rosendaal, F. R. (2009). The Venous Thrombotic Risk of Oral Contraceptives, Effects of Oestrogen Dose and Progestogen Type: Results of the MEGA Case-control Study. *BMJ*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2921>
89. Vandembroucke, J. P., Rosing, J., Bloemenkamp, K. W., Middeldorp, S., Helmerhorst, F. M., Bouma, B. N., & Rosendaal, F. R. (2001). Oral Contraceptives and the Risk of Venous Thrombosis. *New England Journal of Medicine*, 344(20), 1527–1535.
<https://doi.org/10.1056/NEJM200105173442007>
90. Vichová, T. (2015) *Antikoncepční pilulky? Potíže mohou způsobit po vysazení*. Vitalia.cz. <https://www.vitalia.cz/clanky/antikoncepcni-pilulky-potize-mohou-zpusobit-po-vysazeni/#ixzz3rPx5xtrN>
91. Výrost, J., Slaměník, I., & Sollárová, E. (2019). *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace*. Grada.
92. Ward, C. A. (2000). Models and Measurements of Psychological Androgyny: A Cross-cultural Extension of Theory and Research. *Sex Roles*, 43(7), 529–552.
<https://doi.org/10.1023/A:1007171500798>
93. Warner, L., & Stone, K. M. (2007). Male Condoms. In Aral, S. O., & Douglas, J. M. (Eds.), *Behavioral Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases*, 232–247, Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-48740-3_10
94. WebMD Editorial Contributors (2021). *What Is Fluid?* Web MD.
<https://www.webmd.com/sex/what-is-fluid>

95. Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender Differences in Personality Across the Ten Aspects of the Big Five. *Frontiers in Psychology, 2*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00178>
96. Williamson, L. M., Buston, K., & Sweeting, H. (2009). Young Women and Limits to the Normalisation of Condom Use: A Qualitative Study. *Aids Care, 21*(5), 561–566. <https://doi.org/10.1080/09540120802301857>
97. Zambon, V. (2020). *What Are Some Different Types of Gender Identity?* Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/326590#recovery>
98. Zorea, A. W. (2012). *Birth control*. ABC-CLIO.
99. Zuckerman, M. (1993). P-Impulsive Sensation Seeking and its Behavioral, Psychophysiological and Biochemical Correlates. *Neuropsychobiology, 28*(1-2), 30– 36. <https://doi.org/10.1159/000118996>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt bakalářské diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Úvodní strana k dotazníkům v on-line podobě

Příloha č. 4: Vlastní sestavený dotazník

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce v českém jazyce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Osobnostní charakteristiky mužů v kontextu preferované antikoncepční metody

Autor práce: Barbora Hatalová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Dagmar Halo

Počet stran a znaků: 52, 101 080

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 100

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá hledáním souvislosti mezi osobnostními charakteristikami mužů a jejich preferovanou antikoncepční metodou. První kapitola teoretické části je zaměřena na osobnost a její teorie, temperament, charakter a možnosti měření osobnostních vlastností. Druhá kapitola je věnována genderu, genderové identitě a stereotypům, feminitě, maskulinitě a androgynii. V souvislosti s maskulinitou jsou uvedeny její negativní formy – hegemonní, toxická a misogynie. Třetí kapitolu tvoří antikoncepční metody, přičemž je největší pozornost směřována k hormonálním antikoncepčním pilulkám. V poslední kapitole jsou uvedeny dříve provedeným výzkumům, jež se zabývaly podobnou problematikou. Pro výzkumnou část je zvolena kvantitativní metodologie, konkrétně dotazníkové šetření, za použití tří dotazníků – vlastní zkonstruovaný dotazník, Singapurský Androgynní Inventář a osobnostní inventář NEO-FFI. Ke sběru dat je použit záměrný (účelový) výběr. Výzkumné hypotézy se testují pomocí korelační analýzy, konkrétně Spearmanova korelačního koeficientu.

Klíčová slova: antikoncepce, gender, osobnost, Big Five

Příloha č. 2: Abstrakt bakalářské diplomové práce v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Personality Characteristics of Men in the Context of Preferred Contraceptive Method

Author: Barbora Hatalová

Supervisor: Mgr. et Mgr. Dagmar Halo

Number of pages and characters: 52, 101 080

Number of appendices: 4

Number of references: 100

Abstract: This bachelor thesis deals with the search for a connection between the personality characteristics of men and their preferred contraceptive method. The first chapter of the theoretical part is focused on personality and its theory, temperament, character and possibilities of measuring personality traits. The second chapter is devoted to gender, gender identity and stereotypes, femininity, masculinity and androgyny. There are also mentioned negative forms of masculinity – hegemonic, toxic masculinity and misogyny. The third chapter describes contraceptive methods with the greatest attention being paid to hormonal contraceptive pills. The last chapter presents previous researches that dealt with similar issues. A quantitative methodology design is chosen for the research part, specifically a questionnaire survey, using three questionnaires – self-constructed questionnaire, Singapore Androgyny Inventory and NEO-FFI personality inventory. Intentional selection is chosen for data collection. The research hypotheses are tested using correlation analysis, specifically Spearman's correlation coefficient.

Key words: contraception, gender, personality, Big Five

Příloha č. 3: Úvodní strana k dotazníkům v on-line podobě

Dobrý den,

jsem studentka třetího ročníku oboru Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a chtěla bych Vás požádat o účast v dotazníkovém šetření k mé bakalářské práci zkoumající osobnostní charakteristiky mužů v kontextu preferované antikoncepční metody.

První dotazník mapuje sociodemografické a základní údaje potřebné pro následný postup. Dále je předložen Singapurský Androgynní Inventář (SAI) a osobnostní dotazník NEO-FFI. Vyplnění všech testů Vám zabere 20 až 30 minut.

Vaše odpovědi jsou anonymní a přístup k nim má pouze výzkumný tým. Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a můžete jej kdykoliv ukončit.

Odpovědi prosím vybírejte pravdivě, případně zvolte takovou položku, která se Vaší odpovědi podobá nejvíce.

Po uvedení Vaší e-mailové adresy Vám bude zpětně zaslán odkaz k vyplnění výše zmíněných dotazníků. Následným odesláním odpovědí stvrzujete svou účast ve výzkumu.

Mockrát děkuji za Váš čas.

Barbora Hatalová

ba.hatalova@gmail.com

Příloha č. 4: Vlastní sestavený dotazník

Osobní kód: _____

Váš osobní kód je tvořen prvními třemi písmeny příjmení Vaší matky za svobodna a prvními třemi čísly Vašeho telefonního čísla.

Vaše pohlaví:

- Žena
- Muž
- Jiné _____

Váš věk: _____

Jste v současné době v partnerském vztahu?

- Ano
- Ne

Jak dlouho trvá Váš partnerský vztah?

V případě, že se v partnerském vztahu nenacházíte, můžete tuto otázku přeskočit.

- Méně než rok
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- Více než 10 let

Jakou preferujete antikoncepční metodu?

- Mužský kondom
- Hormonální antikoncepční pilulky
- Nitroděložní tělísko
- Pesar
- Ženský kondom
- Spermicidní gely
- Přerušovaná soulož
- Počítání plodných a neplodných dnů
- Jiné _____

Jakou používáte antikoncepční metodu?

- Mužský kondom
- Hormonální antikoncepční pilulky
- Nitroděložní tělísko
- Pesar
- Ženský kondom
- Spermicidní gely
- Přerušovaná soulož
- Počítání plodných a neplodných dnů
- Jiné _____

Jak hodnotíte Vaši informovanost o antikoncepčních metodách?

- Zním výše uvedené metody a jsem si vědom jejich výhod i nevýhod
- Zním výše uvedené metody, ale bez informovanosti o výhodách a nevýhodách
- Zním pár uvedených metod a jsem si vědom jejich výhod i nevýhod
- Zním pár uvedených metod, ale bez informovanosti o výhodách a nevýhodách
- Jiné _____